

Instituto Politécnico de Setúbal



Escola Superior de Ciências Empresariais

Stresse Ocupacional

**Fontes de Pressão no Trabalho dos Enfermeiros numa Equipa de
Cuidados Continuados Integrados**

Autora: Gláucia Pereira

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de

Mestre em Higiene e Segurança no Trabalho

Orientador: Prof^ª Doutora Maria Odete Pereira

Setúbal, 2016

" Sempre se esperou que os enfermeiros respondessem à obrigação de cuidar fosse em que circunstâncias fossem".

Salvage (1990)

À MINHA FAMÍLIA, que permaneceram sempre a meu lado...

Meus Sogros, Manuel Matos e Maria do Céu Matos;

Ao meu querido marido, Jorge Matos;

Aos meus filhos Danylo e Priscila.

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação é o culminar do curso de Mestrado em Higiene e Segurança no Trabalho, que não seria possível sem o valioso contributo de várias pessoas, dentre eles os docentes do curso de MHST da ESCE/EST- IPS, uma equipa extraordinária, que faço questão em agradecer-lhes o apoio, a partilha de conhecimentos e as preciosas contribuições que foram imprescindíveis neste percurso académico.

Em especial à Professora Doutora Maria Odete Pereira, orientadora desta dissertação, um muito obrigado pela compreensão, disponibilidade, dedicação e profissionalismo demonstrado. A sua ajuda foi de fundamental importância na realização deste meu sonho.

A Instituição Liga de Amigos do Hospital Garcia de Orta, em particular à Dra. Vera Romão, Enfermeiro António Camarinha, Dra. Sara Alves, pela oportunidade e o apoio para a execução da presente dissertação.

A equipa de enfermeiros envolvidos, pelo estímulo, prontidão e disponibilidade para participaram neste estudo, por acreditarem na importância desta investigação, tanto para com a sua saúde ocupacional, como para melhorar a qualidade dos serviços prestados aos utentes desta instituição.

Por inúmeras razões deixo expresso minha gratidão nestas poucas palavras, reconhecendo que com o apoio incondicional tudo é possível.

Um obrigado, pelo contributo que se salienta, reconhece e enaltece.

RESUMO

O objeto central deste estudo, envolve o stresse ocupacional. Pretende-se conhecer as fontes de stresse no trabalho dos enfermeiros, analisar comparativamente essas fontes, caraterizar e se existem correlações significativas entre caraterísticas socio organizacionais e os indicadores de stresse dos inquiridos.

O método de pesquisa usado foi de natureza transversal, descritivo, quantitativo e correlacional.

Com amostra de conveniência, considerou o total dos 45 enfermeiros que trabalham na LAHGO Continuados, todavia a amostra final é constituída por 30 respondentes. Genericamente esta amostra é constituída, predominantemente, por enfermeiros do sexo feminino (83,3%) na faixa etária dos 20 aos 30 anos (60%), e indivíduos solteiros (73,3%). A carga horária de trabalho é de mais de 40 horas semanais, sendo que 50% da amostra trabalha em duplo emprego e 23,3% trabalha nesta instituição à menos de seis meses, tendo pouca experiência profissional.

O instrumento de recolha de dados foi um questionário, constituído por duas partes: a primeira investigou as fontes de stresse no trabalho dos enfermeiros. De entre os tratamentos estatísticos realizados, destaca-se a Análise fatorial e a determinação do Coeficiente Alfa de Cronbach cujos valores oscilaram entre 0,87 e 0,92 nas quatro dimensões do questionário, ou seja: Organização do Trabalho, Conflitualidade no Trabalho, Sofrimento dos Doentes e Controlo da Vida Ocupacional.

Em termos de resultados, este estudo revelou que existem fontes de considerável stresse em todas as dimensões, embora com maior destaque para as que decorrem da dimensão Organização do Trabalho em comparação com as restantes. Através da análise das correlações verificou-se a existência de relações estatisticamente significativas entre a dimensão Controlo da Vida Ocupacional com as restantes, ou seja: Sofrimento dos Doentes, Controlo da Vida Ocupacional e Organização do Trabalho, bem como, entre Conflitualidade no Trabalho com Controlo da Vida Ocupacional e Organização do Trabalho.

O sexo feminino tende a sentir como mais fonte de stresse o Sofrimento dos Doentes, quando comparado com o Masculino e ter Duplo Emprego tende a favorecer a perceção de maior fonte de stresse a dificuldade de Controlo da Vida Ocupacional. Foram ainda encontradas correlações positivas entre Fatores Ambientais com o Controlo da Vida Ocupacional e com a Organização do Trabalho.

Palavras-Chave: Stresse, Fontes de Pressão no Trabalho, Qualidade dos Cuidados Continuados.

ABSTRACT

The central object of this study, involves occupational stress. It is intended to know the stress sources in Nursing comparatively analyse those sources, characterize if there are significant correlations between socio-organizational characteristics and stress indicators of respondents.

The research method was of traversal nature, descriptive, quantitative and correlational.

The sample is non-probability and composed by 30 Nurses working in LAHGO Continuos. Generically this sample is constituted, predominantly, by Female Nurses (83,3%) in the 20 to 30 years of age (60%) and single individuals (73,3%). Working load exceeds 40 hours per week, 50% of the sample works on a second job and 23,3% works in the institution under 6 months.

The instrument of data collection was a questionnaire, constituted by two parts: The first investigated the sources of work related stress in Nursing and the second involves socio demographic variables. From the statistical treatment of collect data it is emphasize factorial analysis and Cronbach Alfa coefficient determination, which values ranged between 0,87 and 0,92. The sources of work related stress in Nursing is subdivided in four dimensions, being: Organization Work, Conflicts at work, Patient Suffering and Occupational Life Control.

In terms of results, this study revealed the existence of sources of considerable stress in all dimensions, although with highlight to ones due to Organization Work dimension when compared with the remaining ones. Through correlations analysis, it was verified the existence of significant statistical relations between the Occupational Life Control and the remaining dimensions, and, between Conflicts at Work, Occupational Life Control and Organization Work.

The female tends to feel higher stress with Suffering of the Patients, when compared with Male and having a second job to favours the perception of greater source of stress the difficulty of Occupational Life Control. Positive correlations were also found between Environmental Factors with Occupational Life Control and with Work Organization.

Key words: Stress, Pressure sources at work, Quality in continued care

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde
CDE- Código Deontológico do Enfermeiro
CIPD- Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
DGS- Direção Geral de Saúde
ECL- Equipa de Coordenação Local
ECR- Equipa Coordenação Regional
EU-OSHA- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho
EUROFOUND- Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho
EUROGIP- Organismo Francês Encarregado de Estudar as Questões Relativas aos Acidentes de Trabalho/Doenças Profissionais ao Nível Europeu.
HSE- Health and Safety Executive
HST- Higiene e Segurança no Trabalho
IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social
LAHGO- Liga de Amigos do Hospital Garcia de Orta
MHST- Mestrado em Higiene e Segurança no Trabalho
OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial da Saúde
OPSS- Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PIB- Produto Interno Bruto
PNSOC- Programa Nacional de Saúde Ocupacional
PSF- Programa de Saúde Familiar
REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RNCCI- Rede de Cuidados Continuados Integrados
RSI- Rendimento Social de Inserção
SAG- Síndrome da Adaptação Geral
SFAP- Colégio de Cuidados de Enfermagem
SHT- Segurança e Higiene no Trabalho
UC- Unidade de Convalescença
UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCP- Unidade de Cuidados Paliativos
ULDM- Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMCCI- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UMDR- Unidade de Média Duração e Reabilitação
WHO- World Health Organization

INDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
1. CONCEITO DE STRESSE	5
1.1. AS TEORIAS BIOLÓGICAS DO STRESSE	6
1.2. AS TEORIAS INTERACIONISTAS DO STRESSE	7
1.3. AS TEORIAS TRANSACIONAIS DO STRESSE.....	7
2. O STRESSE OCUPACIONAL	9
2.1. O Stresse Ocupacional e a Profissão de Enfermagem	14
2.1.1. O Stresse Ocupacional e seus Efeitos na Saúde dos Enfermeiros	15
2.1.2. O Stresse Ocupacional e as Unidades Cuidados Continuados Integrados	16
2.1.3 As Fontes de Pressão no Trabalho dos Enfermeiros e a Qualidade dos Cuidados	17
3. OS CUSTOS DO STRESSE OCUPACIONAL.....	21
PARTE II- CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	25
1. A LIGA DE AMIGOS DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA-LAHGO	25
1.1. LAHGO Continuados	26
1.2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	28
PARTE III- METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	30
1. MÉTODO	30
1.1. Amostra	31
1.2. Instrumento	35
1.3.Procedimento	40
2. DADOS OBTIDOS.....	41
2.1.Análise dos Dados Obtidos.....	41
2.2. Discussão dos Dados Obtidos.....	48
2.3 Limitações do estudo	52
CONCLUSÃO	54
BIBLIOGRAFIA.....	56
APÊNDICES.....	64
ANEXO	70

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1-Variável Sexo	32
Tabela 2-Faixas Etárias	32
Tabela 3-Estado Civil	32
Tabela 4-Agregado Familiar	33
Tabela 5-Horas semanais de trabalho na organização	33
Tabela 6-Jornada de Duplo Emprego	34
Tabela 7-Antiguidade na Organização.....	34
Tabela 8-Acidente de Trabalho na Organização	34
Tabela 9-Formação em Serviço	35
Tabela 10-Total Variância total explicada pelo conjunto de fatores	37
Tabela 11- Análise Fatorial em Componentes Principais com Rotação Varimax	37
Tabela 12-Coefficiente α de Cronbach	39
Tabela 13-Conteúdo e itens das subescalas do Questionário Fontes de Stress no Trabalho de Enfermeiros	39
Tabela 14-Correlações entre subescalas	45
Tabela 15-Correlações entre Variáveis Socio organizacionais e Subescalas.....	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1-Médias e Desvio Padrão das Subescalas do Questionário	42
Gráfico 2-Médias e Desvio Padrão dos itens da subescala Organização do Trabalho.....	43
Gráfico 3- Médias e Desvio Padrão dos itens da subescala Conflitualidade no Trabalho	43
Gráfico 4-Médias e Desvio Padrão dos itens da subescala Sofrimento dos doentes	44
Gráfico 5-Médias e Desvio Padrão dos itens da subescala Controlo da Vida Ocupacional	44

INTRODUÇÃO

A qualidade dos serviços aliada à formação contínua, é percebida cada vez mais, como um requisito fundamental para o exercício de qualquer profissão, torna-se necessário fundamentar o desempenho profissional no saber científico e nos resultados da investigação. A melhoria contínua dos serviços prestados, envolve mudanças organizacionais e culturais, neste sentido salienta-se que para mudar é preciso conhecer e aplicar as ferramentas essenciais que irão ajudar a diagnosticar e encontrar soluções para os problemas existentes, nas atividades diárias dos trabalhadores dentro da organização.

Nos serviços de saúde, a qualidade está direcionada para à melhoria do atendimento aos utentes, e para tal, trabalhar com qualidade requer capacitação das equipas, articulação dos grupos de forma permanente, definição clara de objetivos, normalização do processo produtivo e avaliação contínua. Todavia, a qualidade nos serviços prestados não é independente das condições de trabalho e estas estão diretamente relacionadas com o stress no trabalho.

O stress ocupacional é uma realidade presente nas organizações, tem impacto negativo na saúde, no bem-estar dos trabalhadores e consequentemente, no funcionamento e na efetividade das organizações. Muitas investigações evidenciam que os trabalhadores stressados diminuem o seu desempenho e aumentam os custos das organizações com problemas de saúde, com o aumento do absentismo, da rotatividade e do número de acidentes no local de trabalho (EU-OSHA, 2014a). Com os objetivos de minimizar este custo, e garantir o bem-estar dos trabalhadores, a Direção Geral de Saúde salientou no Plano Nacional de Saúde Ocupacional, (PNSOC, 2013/2017) que a saúde ocupacional corresponde a um conjunto de intervenções realizadas por profissionais especializados, em várias áreas, cujos objetivos envolvem a prevenção dos riscos profissionais, a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores, a garantia da segurança, bem-estar, conforto e integridade dos mesmos. Estes objetivos colocam em destaque a necessidade de incentivo de ambientes de trabalho saudáveis (DGS, 2013) neste contexto, o Plano Nacional de Saúde Ocupacional, pretende “dar especial enfoque à vigilância da saúde dos trabalhadores e à qualidade e cobertura dos Serviços de Saúde Ocupacional, visando alcançar ganhos em saúde, assim como promover o “valor da saúde” junto dos trabalhadores, empregadores e sociedade em geral, designadamente em resposta à evolução demográfica, às tendências do emprego e à recessão económica global e ao seu impacte na saúde, na segurança e nas condições de trabalho” (DGS, 2013, p.4).

Neste quadro, esta dissertação intitulada “O Stresse Ocupacional dos Enfermeiros numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados” no âmbito do Mestrado em Higiene e Segurança no Trabalho é justificada pela sua pertinência, dada a necessidade de conhecer a realidade dos enfermeiros no ambiente de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados, instituição onde o estudo é realizado.

A problemática identificada que deu impulso a este estudo, prende-se com o fato de que a organização busca a eficácia nos cuidados de saúde ao utente, e para tal, busca compreender e analisar o seu meio envolvente, com o propósito de oferecer um melhor desempenho das suas atividades perante o mercado, ao disponibilizar um serviço com um elevado nível de qualidade.

Com efeito, as exigências no trabalho dos enfermeiros é um desafio constante, em que as fontes de pressão, induzem ao stresse, constituindo um dos principais riscos psicossociais, que poderá causar impacto na saúde dos trabalhadores, elevar os custos para as organizações e para a sociedade. Tal constatação é alvo de preocupações das entidades responsáveis pela saúde dos trabalhadores, das organizações e dos departamentos na área da Saúde e Segurança no Trabalho, domínio em que se inscreve esta Dissertação.

Perante a problemática identificada, reconhece-se que o assunto central deste estudo, envolve o stresse ocupacional e as fontes de pressão na dinâmica do trabalho dos enfermeiros e a sua influência na qualidade dos cuidados prestados aos utentes. Pretende-se conhecer as fontes de pressão no trabalho do enfermeiro, no que diz respeito aos efeitos do stresse na sua saúde e se as fontes de pressão no trabalho interferem na qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Decorrente do que foi referido surgiu a seguinte pergunta de partida, que serve de mote a esta investigação: os enfermeiros da LAHGO Continuados sofrem influência das fontes de stresse existentes no trabalho? Para alcançar a resposta que se pretende à questão de investigação, é preciso delinear os objetivos deste estudo. Assim define-se como objetivo geral:

Identificar fontes de pressão indutoras de stresse ocupacional nos enfermeiros da Lahgo Continuados.

Decorrente do objetivo geral, formularam-se os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer as fontes de maior pressão no trabalho destes enfermeiros.
- Verificar se as pontuações das diferentes dimensões de fontes de stresse se influenciam reciprocamente.

- Verificar se existem correlações significativas entre características socio organizacionais dos inquiridos e as perceções das fontes de pressão no trabalho.

Em termos metodológicos, atendendo às características desta investigação realizou-se um estudo de natureza quantitativo, transversal, descritivo e correlacional. Os dados obtidos foram colhidos através do recurso a um questionário, composto por 2 partes: a primeira parte é referente a fontes de pressão no trabalho dos enfermeiros e a segunda parte envolve os dados sociodemográficos da amostra. A aplicação do questionário decorreu entre março e junho de 2016. Os questionários foram entregues por mão própria, em envelope fechado, aos inquiridos e explicados os objetivos do estudo.

Quanto à estrutura de apresentação, este trabalho foi subdividido em três componentes:

Parte I, compreende o enquadramento teórico e resulta da revisão da literatura de modo a ampliar a compreensão da problemática identificada, nomeadamente sobre: o stresse ocupacional, o stresse e a profissão de enfermagem, os efeitos do stresse na saúde do enfermeiro, a qualidade dos cuidados continuados e as fontes de pressão no trabalho e os custos associados ao stresse. Esta componente procura também salientar a importância das intervenções no âmbito psicossocial no local de trabalho, designadamente: a nível individual, organizacional e na interface individual/organizacional.

Parte II, descreve as características da instituição em estudo, referenciando a importância da Rede Nacional de Cuidados Continuados, seus objetivos e missão, no sentido dar a conhecer a Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), Liga de Amigos do Hospital Garcia de Orta e as suas Unidades Funcionais, designadamente, ao nível de Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI).

Parte III, descreve o percurso metodológico desta investigação, na intenção de conduzir ao reconhecimento da seleção do desenho subjacente ao estudo, nomeadamente quanto à relação entre os objetivos e tipo de estudo, o método de pesquisa, a descrição da amostra, a caracterização do instrumento de recolha de dados a sua análise psicométrica, o tratamento estatístico dos dados, a discussão dos dados obtidos e as limitações do mesmo estudo.

Ainda nesta parte, são apresentadas análises estatísticas e resultados obtidos, seguidos da discussão dos mesmos resultados, tendo como referência outros estudos. Por fim, apresentam-se propostas no âmbito da Higiene e Segurança no Trabalho para a melhoria na identificação e prevenção do stresse ocupacional, bem como estratégias que poderão ser adotadas para redução

das fontes de pressão no ambiente laboral, colaborando para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

Finalmente, apresenta-se a conclusão, onde são enunciadas algumas recomendações para posteriores estudos a realizar nesta área, e a Bibliografia consultada.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico resulta da revisão da literatura científica sobre o tema, de modo a ampliar a compreensão da problemática identificada, nomeadamente sobre: o stresse, a profissão de enfermagem, a qualidade dos serviços e as fontes de pressão no trabalho. Passa-se de seguida a enquadrar teoricamente a temática em análise.

1. Conceito de Stresse

Na década de 1930, surgiram os primeiros estudos sobre o stresse. Na área da saúde, destaca-se Hans Selye, este autor atribuiu um significado específico à reação de stresse, definindo este conceito como uma “síndrome geral de adaptação” (Selye, 1974; citado por Malagris e Fiorito, 2006). No entanto, ao longo das décadas, o stresse assumiu diferentes significados para diferentes autores conforme a seguir se descreve.

No século XV, para Leal (1998, citado por Frasquilho, 2005), o stresse era entendido como uma tensão ou pressão da natureza física aplicada a substâncias de natureza inorgânica ou orgânica, inclusive no corpo humano. No séc. XVII, o conceito ultrapassa a dimensão física e passa a ser entendido como uma tensão ou adversidade. No séc. XVIII e XIX designa toda e qualquer tensão que atue sobre uma pessoa ou um objeto. Já no séc. XX, segundo este mesmo autor, a definição de stresse deixa de ser uma forma de estímulo e assume uma dimensão de resposta biológica e psicológica.

A resposta do organismo é independente do tipo de agente agressor, seja de natureza física ou psicológica. Esta resposta, depende da intensidade do agente agressor e da sua permanência, com diferentes consequências ao nível da gravidade e do tempo de duração (Frasquilho, 2005). Esta mesma autora refere que os estímulos que exigem adaptações humanas são inerentes à própria vida. Sempre que a pessoa interage com o ambiente físico ou social está sujeita a pressões deste, de que são exemplo: altas ou baixas temperaturas, ruídos, poluição, traumatismos, conflitos, privações, desafios e um infinito número de possibilidades de confronto a que temos de fazer face quotidianamente.

A quantidade de estímulos causadores de stresse gera diferentes respostas do organismo, no início, surgem pequenas reações, seguidas de moderadas, as quais despertam o funcionamento positivo do organismo, esta fase é considerada de ascendente e denomina-se eustresse, quando

os estímulos stressores superam o ponto mais alto, entra na fase de declínio ou fase negativa de resposta psicofisiológica em que, se instala a fadiga, a irritabilidade, o pessimismo, a falta de motivação, a pouca concentração e incapacidade de decidir, a depressão, as doenças, a ineficácia, os acidentes e a baixa de produtividade. A esta fase indesejável chama-se distresse e é aquela que em linguagem corrente designa o stresse (Frasquilho, 2005). No decorrer deste trabalho utilizaremos o termo stresse para designar o distresse, como é corrente na literatura da especialidade.

Diante do exposto, é importante referir alguns modelos teóricos que possibilitam uma explicação do stresse e seus efeitos na vida do indivíduo.

1.1. AS TEORIAS BIOLÓGICAS DO STRESSE

Esta teoria incide sobre as reações fisiológicas ocorridas num organismo após a exposição a um ou vários elementos stressores. Um dos estudiosos deste modelo, Cannon (1928, 1935, referido por Graziani e Swendsen, 2007), demonstrou que as manifestações somáticas que acompanham o comportamento de fuga ou de ataque, face a um perigo, se devem à libertação no sangue de uma hormona, a adrenalina, com origem na glândula suprarrenal.

Este autor introduziu também o termo homeostasia, ao afirmar que quando o stresse atinge um nível muito elevado passa a ser uma ameaça para o corpo. O organismo tende a manter um equilíbrio constante (homeostasia) e tolera alterações limitadas. Quando as alterações produzidas por agentes internos ou externos são excessivas, elas afetam os mecanismos homeostáticos do organismo, os quais são ativados para restabelecer o equilíbrio (Graziani e Swendsen, 2007).

De acordo com Frasquilho (2003 citando Selye, 1956), este último autor desenvolveu investigação na mesma linha de pensamento de Cannon e defende que o stresse se divide em três fases: fase de alarme, fase de resistência, e fase de exaustão, explanadas a seguir:

- Na fase de alarme, a pessoa experimenta uma série de sensações que às vezes não identifica como de stresse. Esses sintomas podem ser mãos suadas, taquipneia, taquicardia, acidez estomacal, inapetência e cefaleias e ocorrem na fase aguda.
- Na fase da resistência, a pessoa procura adaptar-se à situação, isto é, tenta restabelecer um equilíbrio interno. Conforme este equilíbrio é atingido, alguns dos sintomas iniciais desaparecem, porém, essa adaptação utiliza a energia que o organismo necessita para outras funções vitais.

- Na fase de exaustão, toda a energia adaptativa da pessoa foi utilizada e os sintomas iniciais reaparecem e outros desenvolvem-se, podendo chegar à morte.

Este modelo de stresse foi alvo de algumas críticas relacionadas com a pouca importância que atribuía às implicações psicológicas e sociológicas do stresse. Essas críticas surgiram na sequência dos resultados de estudos obtidos por Lazarus e Folkman (1984, citado por Bianchi, 2009), estes autores evidenciaram que a personalidade, a percepção e a constituição biológica dos indivíduos também podiam influenciar as respostas aos agentes causadores de stresse.

1.2. AS TEORIAS INTERACIONISTAS DO STRESSE

O stresse visto enquanto interação tem como finalidade, o estudo das interações existentes entre estímulos e respostas, bem como, das variáveis moderadoras dessas mesmas interações. Nesta lógica, os autores Lazarus e Launier (1978, citados por Bianchi, 2009) definem o stresse, como qualquer evento que resulte do ambiente externo ou interno, que limite ou exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ou sistema social. Tem como etapas a avaliação primária e secundária. A primária é realizada quando o indivíduo se confronta com o evento e o avalia como irrelevante, e não provocador de stresse ou como um desafio (positivo) ou uma ameaça (negativo), ambos desencadeadores de manifestações biológicas da Síndrome da Adaptação Geral (SAG). A avaliação secundária ocorre quando o indivíduo avalia os seus potenciais para enfrentar a situação stressante e como pode usar os mecanismos de *coping*.

Segundo Pitta, (1991, citado por Graziani e Swendsen, 2007) os métodos de *coping* são denominados de padrões diretos quando estão relacionados com o uso de habilidades para solucionar problemas, envolvendo o indivíduo em alguma ação que afeta a busca de atenuação do stresse.

A abordagem interacionista ao stresse, têm como finalidade, estudar as relações entre estímulos e respostas, contudo segundo a literatura, apresentam lacunas, quando ignoram a complexidade do processo de stresse, visto que são escolhidas variáveis moderadoras do stresse, sem um suporte teórico suficiente para as justificar (Cunha et al., 2007).

1.3. AS TEORIAS TRANSACIONAIS DO STRESSE

A abordagem do stresse como transação centra-se em dois processos, nomeadamente, na avaliação cognitiva e no recurso a estratégias de *coping* (Bianchi, 2009).

De acordo com Lazarus e Launier (1978; citados por Graziane e Swendsen, 2007) o stresse é visto como uma transação entre o indivíduo e o meio ambiente. Este modelo, estudado por Lazarus e Folkman (1987) é o modelo com maior destaque nesta área e considera o indivíduo, o centro das várias dimensões da interação do indivíduo com o meio envolvente (Bianchi, 2009).

As teorias transacionais do stresse ampliam o seu estudo para além das dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Esta perspetiva encara o indivíduo como um ser ativo na interação entre estas dimensões, através das suas próprias escolhas, emoções e comportamentos (Graziani e Swendsen, 2007).

Segundo Vaz Serra (2000), a teoria transacional de stresse, proposta por Lazarus e colaboradores, realça a interdependência entre as cognições, as emoções e os comportamentos. Esta teoria transmite uma perspetiva na qual se destacam dois tipos de processos: a avaliação e o *coping*, os quais se referem à relação que se estabelece entre o indivíduo e o seu meio ambiente. Em complemento, Graziani e Swendsen, (2007) referem três componentes:

- O stresse percebido, quando o indivíduo capta os elementos que tornam uma situação stressante;
- Controlo/percebido, quando analisa esses elementos em relação à sua capacidade para os defrontar;
- O *coping* ou organização de estratégias para enfrentar a situação stressante.

Efetivamente, em comum acordo, vários investigadores referem que em situação de stresse, o indivíduo avalia as exigências externas como excedendo as suas capacidades e recursos para lidar com elas. Conforme referem Brunner e Suddarth (2011), o stresse é um estado condicionado pelo desequilíbrio nos mecanismos fisiológicos do indivíduo, onde cada organismo é um sistema vivo que troca informações e matéria entre o seu ambiente interno e externo. O ambiente externo é a família, a sociedade, o trabalho e a comunidade. O ambiente interno é o ser humano composto por um sistema orgânico que contém órgãos, tecidos e células, cada um realizando funções específicas para uma perfeita condição orgânica. De acordo com Brunner e Suddarth “O stresse é um estado produzido por uma alteração no ambiente e que é percebido como desafiador, ameaçador ou danoso para o equilíbrio ou balanço dinâmico de uma pessoa” (2011, p. 77). Diante desta realidade, o ser humano busca a perfeita interação entre o seu meio externo e interno, garantindo assim a manutenção do equilíbrio.

No entanto, é importante referir que, ao longo do ciclo de vida, os indivíduos vão aprendendo a dar respostas ao grande número de atividades com as quais se vão deparando. Estas respostas permitem ao indivíduo confrontar-se com as situações diárias, sem dificuldades. Tal, confrontação,

desencadeia respostas do organismo, nomeadamente o stresse, que tem um significado diferenciado para cada pessoa.

Existem situações que saem da rotina e requerem da parte do indivíduo, uma adaptação que pode ser mais ou menos fácil. Segundo Pinto e Silva (2005), o indivíduo sente-se sem aptidões para ultrapassar as dificuldades que lhe surgem e igualmente sem recursos, pessoais ou sociais, a que possa recorrer para resolver o seu problema. Então o stresse aparece.

Em concordância, Vaz Serra (2000), refere que, para o entendimento do processo de stresse é importante esclarecer que não há stresse sem que existam desencadeadores, aos quais o indivíduo é sensível, as ocorrências são filtradas pelo indivíduo, pois existe um processo de avaliação cognitiva, no qual o sujeito considera se a situação é importante para si e se dispõe de recursos pessoais ou sociais para ultrapassar as exigências criadas pela mesma, caso não disponha, “entra em stresse”.

Este mesmo autor refere que a intensidade do stresse é atenuada em função do apoio social prestado ao indivíduo, sem este apoio, o stresse provoca diversas respostas no sujeito, nomeadamente de natureza biológica, cognitiva, emocional e comportamental. Geralmente as emoções experimentadas são negativas, na grande maioria dos casos inibem a pessoa, mas pode também acontecer o contrário, um incentivo à ação.

2. O Stresse Ocupacional

O stresse ocupacional foi definido por Dejours (1992) como um conjunto de perturbações psicológicas ou sofrimento psíquico, associado às experiências de trabalho. Na perspetiva de Bianchi (2009) constitui o reconhecimento, por parte de um trabalhador, da sua inabilidade ou incapacidade para enfrentar as exigências relacionadas com o trabalho e sua subsequente experiência de desconforto, mal-estar e sofrimento.

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2014a, s.p.), define o stresse como um “estado psicológico que reflete um processo de interação entre a pessoa e o seu ambiente. (...) O stresse poderá ser deduzido a partir da existência de inter-relações problemáticas entre a pessoa e o ambiente, medido a nível de processos cognitivos e de reações emocionais que acompanham tais interações. O stresse relacionado com o trabalho faz-se sentir quando as exigências colocadas pelo ambiente de trabalho excedem a capacidade dos trabalhadores para as suportarem.”

Os autores Carloto e Camara (2008) referem que, em se tratando de stresse ocupacional, as fontes de stresse podem ser internas ou externas ao indivíduo e são mediadas pela percepção individual, que é influenciada por vários fatores, nomeadamente, a personalidade, experiências anteriores e capacidade para resolver situações que vão surgindo no dia-a-dia. As fontes internas ao indivíduo são as exigências ou as pressões que ele exerce sobre si próprio, como por exemplo, o seu sentido de responsabilidade, a sua obrigação, ou a culpabilização e autocrítico. As fontes externas são as exigências ou as pressões de que o indivíduo é alvo, tais como a carga de trabalho, a responsabilidade por pessoas ou materiais, pressões financeiras e familiares (Carloto e Câmara, 2008).

De acordo com Malagris e Fiorito (2006), os estímulos internos são aqueles que fazem parte das cognições do indivíduo, do seu modo de ser no mundo, como crenças, valores, características pessoais, padrões de comportamento, vulnerabilidades, ansiedade e esquemas de reação à vida. Em contrapartida, os fatores externos referem-se a acontecimentos da vida da pessoa.

As fontes de pressão, quer ligadas à organização ou não, serão sempre um fio condutor ligado ao stresse ocupacional. Os problemas do quotidiano da vida pessoal não ficam fora das organizações, e muitas vezes, os problemas existentes no trabalho, são “transportados juntamente com o indivíduo” para casa. Cada indivíduo, responde aos fatores stressantes de forma diferente, estas reações variam em função da intensidade e duração da exposição e capacidade de absorção e resposta de cada pessoa (Bianchi, 2009).

Neste sentido, entende-se que as fontes de pressão, ao serem geradoras de stresse, manifestam-se em sinais e sintomas, que influenciam a qualidade ou a quantidade de trabalho na organização. Torna-se um processo de desordem interna em que o indivíduo mobiliza, excessivamente, a sua energia de adaptação para enfrentar os desafios do ambiente profissional, que ultrapassa as suas capacidades físicas e/ou psíquicas (Pinto e Silva, 2005).

Na literatura, apercebe-se que o termo stresse ocupacional, não tem o mesmo significado para todos os autores, sendo considerado um assunto complexo, é um fenómeno já há muito conhecido, no entanto é um novo campo de estudo que sobressai devido ao aparecimento de doenças relacionadas ao stresse no trabalho, tais como hipertensão, úlcera gástricas, e outras (Vaz, Serra, 2007).

O autor Jex (1998, citado por Paschoal e Tamayo, 2004) define o stresse ocupacional de acordo com três aspetos, nomeadamente: como estímulos stressores (estímulos do ambiente), respostas aos eventos stressores (respostas do organismo), psicológicas, fisiológicas ou

comportamentais, que os sujeitos emitem quando a sua capacidade de *coping* não é suficiente para lidar com a situação, e estímulos stressores-respostas (processo geral por meio do qual os estímulos do trabalho têm impacto nos indivíduos).

Os autores Paschoal e Tamayo, realizaram um estudo para a Validação da Escala de Stresse no Trabalho, e observaram que existe uma multiplicidade de definições do stresse laboral, todavia, salientaram que existe um consenso entre os modelos e definições existentes, concluindo que “as percepções dos indivíduos são mediadoras do impacto do ambiente de trabalho sobre o indivíduo, e que para algo na organização ser um stressor, ele precisa ser percebido como tal, pelo trabalhador” (Tamayo e Pascoal, 2004, p.46).

Por sua vez, Vaz Serra (2007) concorda com alguns aspetos deste estudo, e acrescenta que o stresse ocupacional pode ser definido como as respostas prejudiciais, físicas e emocionais, que sucedem quando o trabalho não corresponde às capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador. Para este autor o stresse ocupacional resulta da interação criada entre as características do trabalhador, o tipo de trabalho e a organização, e conclui que a segurança do trabalhador pode estar comprometida com a contínua exposição e influência a condições stressantes no trabalho.

Em concordância com o supracitado, Rossi et. al. (2011), referem que o stresse ocupacional está associado às características individuais e resultam numa interrupção aguda da homeostasia psicológica ou fisiológica. De acordo com estes autores, são três as categorias de stressores ocupacionais:

- A primeira categoria de stressores refere-se às exigências do trabalho e da tarefa, no que diz respeito a carga de trabalho elevada, excesso de trabalho, elevado ritmo de trabalho, trabalho por turnos, noturno, muitas horas extraordinárias, tarefas limitadas, fragmentadas, invariáveis, que proporcionam pouca estimulação e que exigem pouco uso das habilidades ou da expressão da criatividade. O baixo controle e o baixo apoio social e a alta exigência de trabalho comprometem o bem-estar e se relacionam positivamente com a tensão.
- A segunda categoria de stressores refere-se aos fatores organizacionais e às exigências de papéis. O conflito de papéis ocorre sempre que os indivíduos enfrentam exigências incompatíveis de duas ou mais fontes. A ocorrência de um evento negativo no local de trabalho, irá afetar a vida familiar ou o contrário, esta é uma forma comum de conflito de papéis que traduz o conflito entre trabalho e família. A ambiguidade de papel reflete a incerteza que os funcionários sentem acerca do que se espera deles no emprego. Quando

o estilo de gestão é intolerante à participação dos trabalhadores na tomada de decisão e há restrições excessivas ao comportamento, dentro de um contexto organizacional, este também pode ser considerado stressante. Esse tipo de situação pode gerar baixa autoestima, baixo nível de satisfação e problemas gerais de saúde física e mental. Relações interpessoais insatisfatórias e lideranças inadequadas são outras das causas do problema.

- A terceira categoria de agentes stressores, é referente às condições físicas ambientais, tais como, excesso de ruído, temperaturas extremas, ventilação ou iluminação inadequada e ergonomia imprópria.

Assim, parece importante a conceitualização do stresse ocupacional a partir das fontes de pressão existentes no ambiente ocupacional, tanto a nível dos stressores relacionados com o ambiente organizacional, quanto a nível dos stressores gerais na vida do indivíduo. O que nos ajuda a diferenciar entre o stresse ocupacional e stresse de um modo geral. Esta abordagem ajuda a concluir que ninguém pode viver sem nenhum grau de stresse. Qualquer atividade pode provocá-lo, podendo ser positivo ou negativo para o trabalhador.

No sentido positivo, em geral, os agentes stressores tanto a níveis baixos como a níveis moderados podem estimular o corpo e aumentar sua capacidade de reagir, nessas situações, os indivíduos realizam as suas atividades com maior qualidade, intensidade e rapidez. No entanto, o problema surge, tornando-se negativo, quando as solicitações e limitações são inalcançáveis, resultando num agravamento do desempenho no trabalho, elevando o nível de stresse para uma patologia.

Nesta vertente, no intuito de conhecer os riscos existentes no trabalho, que condicionam a saúde dos trabalhadores em Portugal, a Administração Central do Sistema de Saúde, IP- (ACSS-2015) procedeu a uma atualização dos acidentes de trabalho e serviços do ano de 2103/2014 e concluiu que o número de acidentes a partir de 2011, evoluiu para um crescimento significativo, contabilizando em 2014, 7.573 acidentes. Resumidamente, esta atualização dos acidentes, deu a conhecer que, em cada 1000 trabalhadores 62,5 tiveram um acidente de trabalho ou serviço. Os grupos profissionais com mais acidentes são os enfermeiros e os assistentes operacionais, em conjunto representavam cerca de 74% do total de acidentes. A maioria dos acidentes ocorreu com trabalhadores em horários por turno, cerca de 58,8%. Destaca-se a incapacidade temporária em 43,2% dos casos, em que 53,9% dos acidentes, houve a perda de pelo menos de 1 dia de trabalho.

Existem alguns estudos sobre o stresse ocupacional dos enfermeiros em Portugal, que proporcionam uma interpretação mais detalhada sobre a saúde destes trabalhadores, onde é

observado que o stresse ocupacional é um dos riscos psicossociais que atualmente causa um maior impacto na saúde, alguns destes estudos são referidos de seguida.

Num trabalho de Neto et. al., (2015) foram investigados os fatores relacionados com o stresse ocupacional que levam ao desgaste físico e mental dos enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família, e identificou-se que o stresse representa um fator de risco para a saúde dos enfermeiros, devido às situações de desgaste psicofísico que o profissional enfrenta neste setor. Os principais fatores que levam ao stresse ocupacional dos enfermeiros são, de acordo com estes autores: acúmulo de atividades, carga horária, falta de reconhecimento profissional, baixa remuneração, condições inadequadas de trabalho, riscos, falta de apoio e suporte, competitividade, pressão por maior produtividade e grau de responsabilidade e concluem que existe uma necessidade de desenvolvimento de estratégias para minimizar o stresse ocupacional, promovendo o crescimento pessoal e profissional, beneficiando a instituição e a qualidade dos serviços prestados à população.

Por seu lado, Gomes (2014), realizou um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros, neste estudo foram avaliadas as fontes de stresse, o *burnout*, o comprometimento organizacional e a satisfação e realização pessoal e profissional. Os resultados apontaram avaliações gerais de stresse elevadas, valores de *burnout* semelhantes em ambas as classes e maior insatisfação pessoal e profissional nos enfermeiros. Contudo, referem que de uma forma geral os enfermeiros, apresentam um maior nível de stresse, afetando a qualidade dos cuidados prestados.

Os autores Sousa e Araújo, (2015) realizaram um estudo sobre resiliência e *burnout* entre trabalhadores de enfermagem e concluíram que os participantes apresentavam moderada exaustão emocional, baixos valores de despersonalização e elevados valores de realização pessoal e pontuações elevadas de resiliência. Além disso, houve correlação negativa entre a exaustão emocional e a resiliência, e correlação positiva entre a realização pessoal e resiliência

Um trabalho de Esteves e Gomes, (2014) procurou analisar o stresse ocupacional em 107 profissionais, sendo eles 55 enfermeiros e 52 médicos, a trabalhar em Unidades de Saúde Familiar da Região Norte de Portugal. E concluiu que de uma forma geral, existe stresse elevado nestes profissionais. Foram observadas as diferenças entre os médicos e os enfermeiros ao nível de algumas variáveis, que demonstram níveis mais elevados de stresse nos enfermeiros.

Um estudo de Nogueira (2010) recorreu a uma amostra com 73 enfermeiros e 68 médicos a exercerem a profissão em contexto hospitalar, para analisar a experiência de stresse, *burnout*, saúde mental e satisfação/realização. E concluiu que os médicos experienciaram menores níveis de stresse e maiores níveis de satisfação e realização pessoal e profissional, que os níveis de

burnout foram semelhantes entre os grupos, e que níveis moderados de saúde mental caracterizaram ambas as amostras, embora com algumas diferenças (61.6% de níveis moderados nos médicos e 71.4% nos enfermeiros).

2.1. O Stresse Ocupacional e a Profissão de Enfermagem

Os enfermeiros são um dos grupos profissionais da saúde, que de mais perto lida com aspetos problemáticos de ordem física, psicológica e social, sendo classificada pela Health Education Authority, como uma das profissões mais stressantes (Ribeiro et al., 2010). De fato, os enfermeiros constituem um grupo profissional de alto risco, na medida em que se deparam com situações suscetíveis de exaustão emocional.

De acordo com Phaneuf (2005), os enfermeiros confrontam-se, diariamente, com situações de sofrimento, ambiente de trabalho sob pressão e urgência de resposta, em que estes profissionais têm que se autocontrolar, mobilizar conhecimentos e gerir relações e emoções (suas e dos outros). Sendo estes os elementos determinantes que contribuem para o esgotamento profissional e consequentes situações danosas para enfermeiros e doentes.

Conforme Vaz Serra (2007), os enfermeiros são mais afetados por transtornos psicológicos que a população em geral, e este fato leva, muitas vezes a desenvolverem reações de stresse, bem como sentimentos emocionais de impotência, culpa, frustração, ansiedade, insegurança, angústia, assim como perturbações somáticas, à medida que são confrontados com a realidade do sofrimento dos doentes.

De acordo com Pinto e Silva (2005), o individuo quando tem a percepção de não ter controlo sobre um acontecimento, sendo este evento importante para si, onde seus recursos pessoais e sociais ultrapassam as suas habilidades para lidar com ele, torna-se difícil a sua adaptação ficando em situação de grande instabilidade, vulnerabilidade ao stresse, com a singularidade de não desempenhar os planos terapêuticos adequados ao doente.

Para Hesbeen (2000) é a qualidade de atenção prestada à pessoa, ao cuidar, e à perspectiva de cuidados, que hoje convém desenvolver e valorizar. A prática de enfermagem não se limita, simplesmente, a uma excelência técnica, com intenções humanizantes. No plano terapêutico do doente, contempla-se não só as técnicas relativas aos cuidados de enfermagem, mas também a relação terapêutica, a qual constitui o papel com maior significado desta profissão. O cuidar significa estar atento a alguém ou alguma coisa, os enfermeiros ocupam-se do seu bem-estar e do seu bom funcionamento. Refere Hesbeen (2000, p.10) que “O conceito de prestar cuidados ou cuidar designa

essa atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, contribuir para o seu bem-estar e promover a sua saúde”.

As consequências do stresse ocupacional podem ser danosas, uma vez que os comportamentos dos profissionais incidem diretamente, quer no funcionamento da instituição (aumentando o índice de absentismo) quer na qualidade dos serviços que prestam (diminuição da qualidade) quer dos vários problemas pessoais (incluindo os sintomas psicossomáticos) e relacionais.

Alguns fatores de stresse mais comuns relacionados com o trabalho estão já bem identificados, segundo Stora (1990), as fontes de stresse ocupacional dos enfermeiros, advêm da sobrecarga de trabalho, (associado ao número insuficiente de enfermeiros/número de doentes) do tipo de trabalho exercido, do facto de lidar com o corpo e a mente dos indivíduos, da insuficiência de equipamentos, da quantidade insuficiente de medicação, das horas de trabalho, do facto de ser um trabalho rotativo, (que põem em causa as relações sociais) da fraca remuneração e da ausência de vida privada no local de trabalho, os investigadores, Vaz Serra, 2007; Rossi et. al. 2011; Neto et. al.,2015, confirmam estes resultados.

As fontes descritas fazem com que a própria profissão de enfermagem seja a primeira fonte de stresse. Esta posição insustentável de ter exigência emocionais elevadas no trabalho, na privação emocional e social fora da sua ocupação, contribui para o isolamento emocional e para a fadiga ocupacional (Mcintyre,1999).

2.1.1. O Stresse Ocupacional e seus Efeitos na Saúde dos Enfermeiros

Existem estudos que demonstraram que curtos períodos de exposição ao stresse, estão associados a reações como perturbações do sono, alterações do humor, fadiga, dores de cabeça e de estômago (Chambel, 2005). Por seu lado, Pinto e Silva (2005) referem que ficou comprovado que a exposição prolongada ao stresse está associada a uma grande variedade de problemas de saúde mental e física, incluindo ansiedade, depressão, tentativas de suicídio, perturbações do sono, lombalgias, fadiga crónica, problemas digestivos, doenças autoimunes, imunodeficiência, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e úlceras gastrointestinais, além das doenças associadas e/ou provocadas pelo stresse ocupacional como sejam, somatizações, fadiga, distúrbios do sono, depressão, síndrome do pânico, síndrome de *burnout*, síndrome residual pós-traumática, quadros neuróticos pós-traumáticos, síndromes paranoides, distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho, ou lesões por esforços repetitivos, transtornos psicossomáticos, síndromes de insensibilidade, alcoolismo e uso de outras drogas ilícitas.

Num estudo realizado por Stacciarini e Troccoli (2001) os autores focam vários estudos epidemiológicos com enfermeiros expostos a fatores stressantes em ambiente laboratorial. Desses estudos destacaram as seguintes perturbações funcionais:

- Sistema gastrointestinal - dispepsia, vômito, pirose e irritação de cólon;
- Sistema muscular - dor e tensão;
- Sistema cardiovascular - palpitações, arritmias, dores infra mamilares;
- Sistema respiratório - dispneia e a hiperventilação;
- Sistema nervoso central - reações neuróticas, insónias, debilidade, desmaios e dores de cabeça;
- Sistema genital - dismenorreia, frigidez e impotência sexual;

Indicam ainda que muitas dessas reações são desencadeadas para aumentar as possibilidades físicas de sobrevivência, ou seja, a adaptação ao ambiente, quando confrontados com as fontes de pressão. No entanto, quando estes sistemas corporais são ativados em períodos prolongados, ou em níveis extremamente elevados, são passíveis de se tornarem patogénicos.

2.1.2. O Stresse Ocupacional e as Unidades Cuidados Continuados Integrados

Em ambiente hospitalar considera-se a enfermagem como profissão stressante, devido à responsabilidade pela vida das pessoas e proximidade com os doentes em que o sofrimento é quase inevitável, exigindo dedicação no desempenho das suas funções, aumentando a probabilidade de ocorrência de desgastes físicos e psicológicos. Em Unidades de Cuidados Continuados, o cenário é o mesmo, o stresse nestas unidades, constitui-se como um fator de risco à qualidade de vida do enfermeiro e, embora seja o local ideal para o atendimento a doentes tanto na fase aguda, como na fase crónica ou a fase terminal, nestas unidades podem existir um certo ambiente agressivo, tenso e traumatizante em termos de cuidados de saúde, devido ao contato direto com os familiares das pessoas doentes (Rossi, et. al., 2011), ou mesmo com o próprio utente que esta numa fase debilitada de saúde.

A grande maioria dos enfermeiros sente prazer em cuidar dos doentes em recuperação ou manutenção, porém vivenciam angústias intensas, quando o doente não reage aos cuidados que foram planeados pela equipa. Além disso, têm que interagir com outras instituições, com inúmeros profissionais, realizar todas as atividades planeadas com iniciativa, rapidez e livre de qualquer erro. Outro fator que possivelmente contribui para o desgaste dos profissionais é o próprio "clima" dessas

unidades, pois o ritmo de trabalho é bastante intenso e a todo momento está presente a possibilidade de agravamento e de morte (Phaneuf, 2005).

Os enfermeiros, pela função que desempenham, assumem as atividades mais complexas e que envolvem maior risco para os doentes, além de serem responsáveis pelas atividades desenvolvidas por toda a equipa multidisciplinar. Dessa forma, incorporam alto nível de responsabilidade, na tentativa de ter o controlo absoluto sobre o trabalho, o que muitas vezes os leva a exigir de si atitudes sobre-humanas (Santos e Teixeira, 2009).

Salienta-se que a reabilitação e manutenção da saúde do doente, depende muito do apoio familiar, o enfermeiro nesta vertente, envolve a família nos cuidados, providenciando os ensinamentos sobre os cuidados de saúde, que são diferenciados para cada utente e família. O cuidado centrado tanto no doente como na família não pode ser subestimado. Conforme referem Lough et. al. (2008), não é só o doente que necessita de cuidados, a família e pessoas significativas também enfrentam um momento difícil, procuram e esperam do enfermeiro não só um compromisso nos cuidados prestados ao doente, como também o apoio, dedicação e que a relação de ajuda com a família seja tida em conta.

O ambiente de Cuidados Continuados, é facilmente marcado e dirigido para a monitorização e tratamento das alterações que anteriormente ameaçaram a vida do doente. A ausência física e emocional, as interações desumanas e o não reconhecimento da individualidade do doente, é sinónimo de um mau cuidado. O Enfermeiro tem que ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade com a maior competência, usando todos os elos de ligação, mas também incorporar as abordagens psicossociais e holísticas, quando apropriadas ao tempo e situação do doente (Lough, et. al., 2008).

Por seu lado, Kubler-Ross (1998) aponta que a relação com os doentes aumenta os níveis de ansiedade dos enfermeiros, donde se destacam as diferenças culturais, traços de personalidade e a pressão das famílias, face à doença crónica. Os enfermeiros acompanham os indivíduos ao longo de todo o seu ciclo de vida, no entanto, a morte surge como uma das fases mais complicadas para os enfermeiros. A constante presença da morte na profissão de enfermagem é um agente indutor de stresse permanente, confronta os enfermeiros com a sua própria morte, com os acontecimentos de vida e as perdas que os próprios enfermeiros vão vivenciando ao longo do seu desenvolvimento.

2.1.3 As Fontes de Pressão no Trabalho dos Enfermeiros e a Qualidade dos Cuidados

Na enfermagem, existe uma ampla variedade de elementos que integram a sua formação e prática, um desses elementos é o cuidar, um referencial teórico considerado central para a enfermagem. Além de se constituir como um imperativo moral pessoal, comum a todos os seres humanos, é também um imperativo moral profissional, não negociável (Brykczynska, 1997). Para o enfermeiro, o diagnóstico, a terapêutica, as tecnologias são importantes, porém, o processo de cuidar, é considerado um ato supremo, que corresponde ao espaço de sua autonomia. Tendo o seu saber fundamentado cientificamente numa perspectiva interdisciplinar, que inclui tanto as ciências biológicas como as humanas, o que permite ao enfermeiro proporcionar uma assistência de qualidade.

Neste contexto, a busca de qualidade pelos serviços e a atenção à saúde são necessidades técnicas e sociais. A adoção de um sistema de gestão da qualidade é uma decisão estratégica das organizações de saúde. Os enfermeiros precisam se familiarizar com a metodologia de melhoria da qualidade para a obtenção dos melhores resultados possíveis nas suas intervenções, estas atividades precisam fazer parte do dia-a-dia das organizações prestadoras de serviços à saúde.

A qualidade não é entendida por todos do mesmo modo. A evolução do seu conceito tem levado a que diversos autores proponham diferentes definições, cada uma refletindo uma perspectiva e abordagem distinta a um conceito. A sua multiplicidade de interpretações é o resultado de uma sociedade em constante evolução que procura adaptar o conceito da qualidade, com origem na indústria, às especificidades de outros setores, como o da saúde (Pisco e Biscaia, 2001).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) entende como cuidados de saúde de qualidade os que contemplam um elevado grau de excelência profissional, com riscos mínimos e resultados de saúde para os doentes e com eficiência na utilização dos recursos (WHO, 2006). Como objetivos fundamentais das políticas de melhoria contínua da qualidade em cuidados de saúde, a OMS aponta a promoção da saúde das populações, a estruturação dos serviços de saúde, a utilização racional e eficiente dos recursos tanto humanos, físicos como financeiros disponíveis e a garantia da competência profissional prestada aos cidadãos por forma a satisfazer plenamente as suas necessidades (WHO, 2006). Isto significa que garantir a competência profissional na qualidade dos cuidados implica a sistematização e formalização de metodologias que possibilitem a diminuição da instabilidade na prestação de cuidados, o estabelecimento de objetivos, indicadores e metas que possibilitem a apreciação do desempenho dos cuidados, bem como a avaliação dos mesmos através dos resultados alcançados.

Com a aprovação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, republicado como Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, corrobora com os

Enunciados Descritivos de Qualidade do Exercício Profissional. pelo que do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, estes enunciados postulam os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico que encorpam a boa prática de enfermagem. Neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados, requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos doentes/utentes/clientes.

O Decreto Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, no Artigo 109.º, da excelência do exercício, esclarece que o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, o dever de:

b) procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;

c) manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;

d) assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados;

f) Abster-se de exercer funções sob influência de substâncias suscetíveis de produzir perturbação das faculdades físicas ou mentais.

Neste sentido, prevê-se que a qualidade dos serviços para a melhoria organizacional, também está nas mãos dos enfermeiros e pode afetar as vidas dos utentes. Ainda no Código Deontológico do Enfermeiro, do artigo 81, alínea a), afirma-se o direito do enfermeiro de usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do doente pelo cuidado de enfermagem de qualidade.

O grande desafio que se coloca na profissão de enfermagem, é o de atingir a excelência na arte de cuidar. Segundo Neves e Pacheco (2004), o aumento da técnica na prática clínica de enfermagem, não melhora o desempenho, é necessário humanizar o gesto técnico, componente essencial para um cuidar de qualidade. Estas autoras acrescentam que é essencial que o serviço de saúde centre toda a sua atividade no doente, oferecendo um serviço com qualidade, através de uma coordenação eficiente dos serviços, aplicação de recursos planeado, com boas instalações, com segurança, que tenha profissionais com boas aptidões, conhecimentos e qualidades humanas. Só com estas condições uma unidade de saúde será verdadeiramente considerada de excelência.

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Nesta vertente, são várias as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida, envolvendo o doente e a família. Neste sentido, refere-se que “os cuidados de enfermagem tomam

por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores, frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (OE, 2001, p.11).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro na procura permanente da excelência no exercício profissional, persegue os mais elevados níveis de satisfação dos doentes, o enfermeiro ajuda as pessoas a alcançarem o máximo potencial de saúde, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos doentes, o enfermeiro maximiza o bem-estar e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o doente é dependente, o enfermeiro conjuntamente com a pessoa alvo do seu cuidado, desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde e contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (OE,2001).

O enfermeiro possui um vasto e exigente campo de prática profissional e com maior qualidade no seu desempenho. Martins (2003), afirma que desde o início do século XX, devido à evolução técnica e ao conhecimento, os enfermeiros passaram a acumular uma diversidade de papéis, tais como, investigador, gestor, coordenador, colaborador, conselheiro e cuidador da pessoa e seus familiares. Esta atual realidade é vivenciada pelos enfermeiros, como fontes geradoras de stresse, no sentido em que estes profissionais se assumem como multifuncionais, respondendo aos objetivos delineados pela instituição em que trabalham, no desempenho de funções tão variadas quanto complexas, como diagnosticar, tratar, aplicar procedimentos técnicos, cuidar da higiene, conforto e alimentação do doente, aliviar o seu sofrimento, ouvir e relacionar-se com o doente e sua família, dar notícias difíceis, ajudar a morrer com dignidade, estar a seu lado no momento da morte, tratar dos procedimentos burocráticos, associados à vida e à confirmação da morte, entre tantas outras (SFAP, 2000).

Assim, os enfermeiros nas organizações de saúde, convivem com as atuais circunstâncias, sendo os maiores responsáveis pelo curso da vida e da morte das pessoas, situações desafiantes para o seu desempenho profissional, como também é um desafio, adaptar-se à sobrecarga de horas laborais, à necessidade do uso de tecnologias avançadas, para a prestação de cuidados de saúde e a uma maior exigência de experiências e conhecimentos, da formação contínua e estudos de investigação (Guido, 2003).

Assumindo este método de trabalho, o desempenho profissional reflete-se na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Cada instituição adota normas e critérios de parametrização

dando visibilidade ao processo de desenvolvimento pessoal, em que cada enfermeiro deve fixar as suas metas, o seu percurso, para que possa agir, inovando, junto do doente. O não cumprimento dos objetivos fixados pelas instituições e/ou mesmo pelo enfermeiro, é uma fonte geradora de stresse (Sacadura-Leite e Uva, 2010).

Decorrente das constantes mudanças no processo de trabalho devido ao crescente avanço tecnológico Guido (2003, p.1) conclui que “os profissionais envolvidos com os cuidados de saúde enfrentam a necessidade de adequar a crescente tecnologia à qualidade, da assistência aos doentes”. Neste caso o stresse aumenta, na medida que o enfermeiro tem que acompanhar as constantes mudanças para desenvolver o seu trabalho.

Por tudo isto, pode-se afirmar que o trabalho efetuado pelo enfermeiro, na busca constante da melhoria contínua da qualidade é extremamente desgastante, não só pelos aspetos operacionais de trabalho ou compromisso com a organização, mas também devido às exigências relativas à imensa responsabilidade para com seus doentes, tanto no aspeto físico, quanto no aspeto moral, social e psicológico.

3. Os Custos do Stresse Ocupacional

O stresse ocupacional é reconhecido como um problema de saúde pública, pois é responsável por elevados custos diretos e indiretos. Tendo em conta o seu impacto na saúde, qualidade de vida e economia geral torna-se indispensável uma discussão e uma reflexão sobre esta problemática e os seus efeitos nocivos na saúde e segurança dos trabalhadores, e por consequência nos sistemas nacionais de saúde. De acordo com a OPSS (2014), em 30 países europeus, o custo total dos distúrbios mentais nos enfermeiros foi estimado em 798 mil milhões de euros, no ano de 2010. Os custos diretos e indiretos associados às perturbações psiquiátricas e mentais, decorrentes das despesas assistenciais e da diminuição da produtividade, relacionados ao desemprego, absentismo, baixas por doença e apoio a familiar ao doente, têm um enorme impacto económico nos orçamentos públicos, podendo atingir cerca de 20% de todos os custos da saúde (OMS, 2013).

Em comparação com os custos de outras doenças na população em geral, os encargos económicos associados aos transtornos mentais têm um peso superior às quatro grandes categorias de doenças não transmissíveis, nomeadamente a diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crónicas e cancro (Becker e Kleinman, 2013).

A nível organizacional, as implicações financeiras do stresse ocupacional estão associadas a perdas de produtividade, níveis elevados de absentismo e rotatividade da mão-de-obra. No Reino Unido, no ano de 2011/12, o stresse relacionado com o trabalho levou os trabalhadores a perderem 10,4 milhões de dias de trabalho, e o absentismo foi em média de 24 dias (HSE, 2011).

Outros estudos nacionais mostram, que cerca de um quinto da rotatividade da mão-de-obra pode estar relacionado com o stresse no trabalho (CIPD, 2008) e que a taxa de sinistralidade entre os trabalhadores que afirmam “trabalhar sempre sob pressão” é cerca de cinco vezes mais elevada do que no caso dos trabalhadores que “nunca” têm de trabalhar sob pressão (EUROFOUND, 2012).

Os custos a nível individual, com o stresse ocupacional, acarretam encargos que podem estar relacionados com um aumento dos custos médicos e dos seguros e uma redução do rendimento. Embora, as despesas com a saúde nos países europeus sejam habitualmente cobertas pelos sistemas nacionais de saúde e não pelos indivíduos.

Os autores Sacadura e Uva (2010) referem que o facto de faltar ao trabalho ou deixar o emprego por doença ou lesão relacionada com o stresse poderá ter um impacto direto no nível de rendimento dos trabalhadores. Em alguns países, os trabalhadores podem estar de baixa por doença sem perda de vencimento, enquanto noutros, os trabalhadores nessas condições sofrerão uma redução nos seus salários (Hoel et. al., 2001).

Estudos sobre outras doenças profissionais como a asma, e as perturbações músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho, demonstraram que os trabalhadores afetados por estas doenças profissionais sofrem uma redução na sua remuneração (EU-OSHA, 2014b). Em complemento, alguns trabalhadores poderão ter de deixar o emprego por completo devido ao seu estado de saúde. Em alguns países europeus, os trabalhadores afetados por problemas de saúde mental graves, relacionados com o trabalho, podem receber uma compensação, mas os trâmites do processo para a sua obtenção podem ser bastante difíceis (EUROGIP, 2013).

O stresse ocupacional acarreta outros “custos humanos”, entre os quais se incluem a tensão emocional e a redução da qualidade de vida dos indivíduos afetados (Hoel et al., 2001). Outros autores referem que existem provas de que o stresse no local de trabalho está relacionado com uma degradação da qualidade das relações com o cônjuge, os filhos e outros membros da família (Sacadura-Leite e Uva, 2007; Vaz Serra, 2007).

A nível social, os problemas de saúde associados ao stresse crónico relacionado com o trabalho e a uma exposição prolongada no trabalho podem exercer pressão sobre os serviços

nacionais de saúde e reduzir a produtividade económica, afetando negativamente o Produto Interno Bruto (PIB) de um país (Hoel et al., 2001).

No que se refere à administração dos recursos geridos pelos enfermeiros, a atribuição de recursos cria desafios éticos para os enfermeiros que participam da realidade clínica do dia-a-dia numa instituição. Ribeiro (1999) comenta, que existe uma grande responsabilidade dos enfermeiros em relação à administração de custos, estes profissionais estão atentos ao desperdício e à necessidade de gerir com ética os atos praticados. Sobre este tema, Padilha (2002, p.28), refere que “as atividades da enfermagem na redução dos custos são desenvolvidas através da supervisão e do controle do uso de materiais de consumo permanente”.

Neste âmbito, quando se identifica ou se determina o custo de cada procedimento ou serviço prestado ao doente, é possível garantir um preço mais justo para o doente e ao mesmo tempo competitivo para a instituição, alcançado muitas vezes, através da reflexão e revisão de fluxos dos processos técnicos e administrativos dos enfermeiros preocupados com a gestão. Esta responsabilidade dos enfermeiros na administração de custos, é uma fonte de pressão e desgaste profissional, que também se caracteriza por condições de trabalho em que o trabalhador enfrenta grandes exigências, mas tem pouco controlo ou influência sobre o ambiente em que opera (Sacadura-Leite e Uva, 2012; Moreno et al, 2011; Silva e Gomes, 2009).

O panorama da saúde revelado pelos indicadores da OCDE (2015), identifica a insustentabilidade nos serviços de saúde, tal como os custos despendidos em medicamentos, as despesas correntes de saúde continuam a ser uma barreira aos acessos dos cuidados de saúde, mesmo que em todos os países da OCDE, exista uma cobertura universal para um conjunto fulcral de necessidades em saúde, continua a perder-se muitas vidas, pelo facto de que não existir uma visibilidade na qualidade dos serviços prestados. Tal constatação é resultante do aumento dos custos dos cuidados de saúde que afeta de forma importante a qualidade dos cuidados prestados (Lough et al., 2008). Estes mesmos autores referem que à medida que os recursos se tornam cada vez mais escassos, a sua atribuição e os programas de redução de gastos, também serão comuns.

Em respostas às dificuldades encontradas, os governantes procuram assegurar que as necessidades legais, institucionais, financeiras e de serviços estejam disponíveis para dar resposta às necessidades de saúde dos cidadãos (OMS, 2013). Pretende-se que os investimentos, na área da saúde mental dos trabalhadores, possam contribuir para o crescimento económico do próprio país, na medida em que promove a proteção e tratamento das perturbações mentais, reduzindo custos em outros setores.

Conclui-se que o enfermeiro tem responsabilidades acrescidas quando se fala em reduzir os custos da saúde, referente ao stresse e os seus efeitos, optando pela identificação e avaliação e prevenção dos riscos. Apesar de serem considerados apenas como pessoas que se destinam a cuidar das doenças dos outros, escapando muitas vezes à ideia que para além de profissionais, são sobretudo pessoas e que os próprios, podem ser afetados por problemas de saúde, alguns dos quais decorridos do stresse (Vaz Serra, 2007). Todavia estes profissionais também acarretarão pesados encargos financeiros para os indivíduos, as organizações e a sociedade (EU-OSHA, 2014).

PARTE II- CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

1. A Liga de Amigos do Hospital Garcia de Orta-LAHGO

Este estudo foi realizado na Instituição Liga de Amigos do Hospital Garcia de Orta-LAHGO, é uma unidade de saúde, constituída como Instituição Particular de Solidariedade Social-IPSS, desde 1991, que presta apoio em prol da comunidade no conselho de Almada, distrito de Setúbal, tendo como principais objetivos apoiar o Hospital Garcia de Orta e assegurar proteção nesta área aos grupos mais vulneráveis, jovens, deficientes e idosos. Inicialmente os serviços existentes recaíam dentro de duas áreas fundamentais, nomeadamente a área de serviços protocolados com a Segurança Social e a área de serviços complementares.

Dentro da primeira área, existe o protocolo com a Segurança Social para Serviço de Apoio Domiciliário, para 105 utentes. Criou-se protocolo com a Segurança Social, também para o Serviço do Rendimento Social de Inserção (RSI) onde a equipa acompanha um total de 395 famílias. Nos serviços complementares, foram criados uma pequena loja de bolos, revistas e jornais, duas lojas de artigos ortopédicos, uma parafarmácia e um gabinete de psicologia.

No ano de 2013 a LAHGO recebeu investimento através do Programa Modelar, que constitui uma comparticipação financeira do Estado às Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) para a criação/adaptação de Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados, surgindo assim a LAHGO Continuados, com duas tipologias, sendo uma a Unidade de longa duração e manutenção e outra a Unidade de média duração e reabilitação, com um total de 60 camas. Neste mesmo ano, nasceu também a Lahgo Sénior (Unidade Residencial, com 60 camas) e Lahgo Clínica, (Clínica de ambulatório).

Quanto à estrutura organizacional da LAHGO¹, são compostas por áreas de trabalho/gestão, designadamente a Direção Geral, Departamento Administrativo e Divisão de Recursos Humanos, Departamento de Saúde e Departamento Social, Unidade de Negócio, Departamento de Qualidade e Inovação. Para que mais facilmente seja cumprida a missão da Instituição, estão definidas no

¹ Anexo 1- Organograma da Instituição

regulamento, as competências, sejam elas transversais ou específicas de cada área existente. Dependendo diretamente da administração, encontra-se a divisão de Recursos Humanos e Organização onde está inserido o serviço que inclui, o Serviço de Higiene e Segurança no Trabalho, a área de Ação Social e Saúde Ocupacional, que tem entre outras, as seguintes competências: Proceder à inspeção dos locais de trabalho para observação do ambiente e seus efeitos na saúde, identificando e avaliando eventuais riscos profissionais; Promover ações de higiene e segurança no trabalho de acordo com a legislação, zelar pelo seu cumprimento; Organizar e acompanhar processos relativos a acidentes de trabalho, bem como de doenças profissionais, analisando as causas e as medidas corretivas adequadas, elaborar os respectivos relatórios; Emitir pareceres sobre projetos e acompanhar a execução de novas instalações ou alterações das existentes, bem como a alteração de equipamentos de modo a garantir o cumprimento das condições de higiene e segurança no trabalho; Inventariar as necessidades de meios de proteção coletiva e individual, designadamente vestuário de trabalho, calçado de segurança e equipamento de proteção individual e garantir o respetivo suprimento; Divulgar junto dos trabalhadores e respetivas chefias informação que vise melhorar as condições de saúde, higiene e segurança e bem-estar nas diferentes unidades orgânicas e locais de trabalho.

1.1. LAHGO Continuados

Para este estudo importa caracterizar a Lahgo Continuados, sendo esta uma unidade de internamento de carácter temporário, vocacionada para a prestação de cuidados de saúde, de reabilitação, manutenção e reinserção social de pessoas com doenças crónicas, com diferentes graus de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.

Através do protocolo estabelecido com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) o internamento pode ser efetuado nas seguintes tipologias: Média Duração e Reabilitação (tempo de internamento com duração de até 90 dias) e Longa Duração e Manutenção (tempo de internamento superior a 90 dias).

A missão da Lahgo Continuados é prestar um serviço de referência dirigido à população das freguesias envolventes, apoiar doentes e idosos carenciados e contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida. Tem como visão, ser uma Instituição de referência, reconhecida e certificada pela qualidade dos seus serviços, baseada no trabalho de equipa e numa gestão sustentável, orientada para a inclusão social, consolidando as respostas sociais e atuar de uma forma proactiva face às necessidades emergentes na comunidade. Os seus valores primam pela solidariedade, ética, responsabilidade social, honestidade, eficácia/eficiência, inovação, dedicação, bom relacionamento institucional com as atividades económicas.

A equipa é formada por vários profissionais, de diferentes áreas, nomeadamente, médicos de diferentes especialidades, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais, nutricionistas, animadores sociais, auxiliares de ação médica, administrativos e outros operacionais.

Quanto ao trabalho dos enfermeiros, este é desenvolvido nas unidades de cuidados do utente, organizadas segundo as suas necessidades, de forma autónoma e em colaboração com a equipa multidisciplinar, com várias especialidades para dar respostas às necessidades e ao tipo de cuidados exigidos pelos utentes.

No que se refere ao tipo de horário, os enfermeiros devem trabalhar no mínimo 20 horas semanais distribuídas por turnos de 8 horas, que podem ser praticadas no período da manhã (das 8 às 15:30 horas), da tarde (das 15 às 22 horas) e da noite (das 22 às 8 horas). Na maioria das vezes o número de horas de trabalho pode ainda prolongar-se por diversos motivos, tais como: excesso de atividades a realizar, tempo gasto na passagem de turno (a transmitir informação), atraso por parte dos colegas, ou ainda por situações inesperadas e urgentes relacionadas com os utentes, sendo da responsabilidade do enfermeiro assegurar que os serviços de enfermagem sejam contínuos, (24hs).

A prestação de cuidados diretos ou indiretos aos utentes na Lahgo Continuados é feita por um enfermeiro gestor de caso, num primeiro momento, com competência para assistir o utente em termos de cuidados globais, tanto a nível físico, como psicológico, espiritual e social e em seguida o enfermeiro articula com a equipa multidisciplinar, tendo a responsabilidade de procurar qual o profissional da equipa mais indicado para dar respostas as necessidades do mesmo.

Para além dos cuidados de higiene e conforto, alimentação, administração de terapêutica, cuidados de feridas e monitorização de todos os parâmetros vitais, sinais e sintomas inerentes à situação do utente, o enfermeiro também presta apoio ao principal cuidador e família através dos ensinios e educação para a saúde.

Em termos de espaço físico, na unidade destina-se ao enfermeiro chefe um gabinete, uma sala de trabalho, onde se realizam todas as atividades da equipa multidisciplinar, uma sala de enfermagem destinada ao trabalho burocrático, um gabinete médico, uma sala de tratamento. O cuidado direto ao utente realiza-se no seu quarto de forma individual.

Uma vez que este estudo faz referência à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e ilustra o desenvolvimento da Lahgo Continuados como unidade em respostas de

internamento, através do estabelecimento de acordos de prestação de serviços, torna-se pertinente descrever a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI, visto que a instituição tem o seu plano de ação em coerência com o enquadramento legal e normativo, das políticas de saúde inseridas no Sistema Nacional de Saúde em Portugal.

1.2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), do qual fazem parte diversas tipologias de Unidades de Cuidados, através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. O envelhecimento populacional e as mudanças no padrão epidemiológico e na organização social e familiar da população portuguesa ditaram a necessidade da criação destas respostas adaptativas para satisfazer as carências dos respetivos perfis clínicos, sociais e culturais da população Portuguesa.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados tem como objetivo principal prestar cuidados de saúde à pessoa que deles necessite, independentemente da sua idade, promover a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência de saúde e ou de apoio social; prestar apoio para a manutenção da saúde das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, garantir os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; promover o apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação; apoiar os familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados; articular e coordenar em rede os cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

A Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é exercida a nível nacional através da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) e é operacionalizada a nível regional e local (Equipas de Coordenação Regional-ECR e Equipas de Coordenação Local-ECL).

No que concerne a tipologias de Resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados, a RNCCI garante a prestação de cuidados de saúde e de ajuda social através de 4 tipos de resposta, nomeadamente: Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e Unidade de Cuidados Paliativos (UCP).

A Lahgo Continuados, integra a Unidade de Média Duração e Reabilitação e a Unidade de Longa Duração e Manutenção e Reabilitação. Detalhadamente a Unidade de Média Duração e Reabilitação-UMDR recebe os utentes em situação de recuperação de um processo agudo, ou de descompensação de um processo crónico, por um período previsível de 30 a 90 dias (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009). Para a Unidades de Longa Duração e Manutenção-ULDM, são encaminhados os doentes com processos crónicos que apresentam diferentes níveis de dependência e grau de complexidade e cujo ambiente familiar não possui capacidade de resposta para as suas necessidades. Nestes casos, o internamento será superior a 90 dias (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

PARTE III- METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Considera-se, tal como Fortin (2009) que uma metodologia, engloba um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. O percurso metodológico que se seguiu, procurou dar visibilidade ao desenho de investigação, que se propôs realizar para alcançar os objetivos propostos para este estudo.

O objetivo geral deste estudo consiste, conforme referido na Introdução, em “Identificar as fontes de pressão que causam stresse nos enfermeiros da Lahgo Continuados”, pretende-se ainda, ao nível dos objetivos específicos, desenvolver e orientar uma análise comparativa entre as dimensões da pressão no trabalho dos enfermeiros e verificar se existem interações entre estas e destas com as características sociorganizacionais da amostra.

O instrumento de pesquisa para este estudo foi um questionário e a sua aplicação decorreu num espaço de tempo limitado. Os estudos realizados, no âmbito deste trabalho, ao nível da metodologia, são, fundamentalmente, de natureza descritiva-correlacional, os quais, segundo Fortin (2009), permitem estudar e descrever determinado fenómeno relacionando conceitos que estão ligados e/ou associados ao fenómeno inicial que se pretende estudar, mantendo-se o objetivo inicial de identificar e descrever o acontecimento. Esta autora, refere que este tipo de estudo tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação de conhecimentos oferecendo a possibilidade de generalizar os resultados. Sendo que a sua finalidade é descrever, verificando a relações entre variáveis. Trata-se de um método de recolha de dados observáveis e que são quantificáveis, baseando-se na observação de fatos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem, independentemente do investigador.

Considerando as características do presente estudo, podemos, ainda o definir quanto à forma de abordagem como quantitativo, dado que traduz em números as opiniões e informações objeto de classificação e análise, recorrendo a técnicas estatísticas para o tratamento de dados. Trata-se, igualmente, de um estudo transversal, dado que a recolha de dados e posterior processamento da informação terem sido realizadas num espaço de tempo bem definido.

1. Método

Um trabalho de investigação deve conter valor científico, sendo necessário um determinado número de etapas e requisitos, que lhe confirmem validade e credibilidade, por forma a atingir os

objetivos propostos. Fortin (2009), esclarece que a investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real. É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam de investigação. Pelas suas funções, a investigação permite descrever, explicitar e prever factos, acontecimentos ou fenómenos (Gageiro e Pestana, 2003). Nesta parte do trabalho, procurou-se explicar as diversas fases do processo de investigação para chegar ao conhecimento da realidade investigada através dos seguintes componentes:

- Caracterização da amostra;
- Caracterização do Instrumento;
- Descrição dos Procedimentos adotados

1.1. Amostra

Relembra-se que uma população corresponde ao conjunto de todos os sujeitos, ou outros elementos de um grupo bem definido, tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação. Uma amostra corresponde ao conjunto de sujeitos retirados de uma população (Fortin, 2009).

Neste estudo, a população engloba todos os enfermeiros da LAHGO Continuados, que satisfazem os critérios de seleção definidos para o estudo, sendo 46 enfermeiros que desempenhavam funções na instituição, no mês de abril a março de 2016. A amostra que serve de base a este estudo é constituída por 30 enfermeiros que respondeu ao questionário. Os critérios para a constituição da amostra foram os seguintes: Ser Enfermeiro, desempenhar a função numa das unidades da Lahgo Continuados, querer participar no estudo de forma voluntária e preencher o questionário corretamente.

Considerando que esta amostra é constituída por enfermeiros que se dispuseram voluntariamente e que a sua seleção não obedeceu a critérios de representatividade, designamos, neste caso, esta amostra como de conveniência. Passamos agora a descrever alguns dos seus atributos.

Sexo

Na tabela 1 apresentamos as características da amostra (n=30), sendo que a maioria da amostra é constituída por 25 participantes do sexo feminino (83,33%) e 5 participantes do sexo masculino (16,67%).

Tabela 1-Variável Sexo

Sexo		Frequência	Percentagem
Válido	Feminino	25	83,3
	Masculino	5	16,7
	Total	30	100,0

Faixa etária

Na tabela 2, observa-se que os enfermeiros respondentes estão, maioritariamente, na faixa etária entre os 20 a 25 anos de idade, correspondendo ao total de 40% da amostra, seguido de 20% com idade entre 26 e 30 anos, ou seja 60% da amostra são enfermeiros relativamente jovens. Tal característica resulta de o fato da amostra ser constituída por enfermeiros recém-licenciados. Obviamente que o tempo de experiência profissional não pode ser muito elevado. O restante da amostra corresponde a 13,3%, com idades entre 31 a 35 anos, sendo que 20% dos enfermeiros, possui idade entre 41 a 50 anos e só 3,3% têm mais de 50 anos.

Tabela 2-Faixas Etárias

Faixa Etária		Frequência	Percentagem
Válido	20 a 25	12	40,0
	26 a 30	6	20,0
	31 a 35	4	13,3
	36 a 40	1	3,3
	41 a 50	6	20,0
	Mais de 50	1	3,3
	Total	30	100,0

Estado Civil

Relativamente ao estado civil, na tabela 3, observa-se que, 22 indivíduos, isto é 73,3% da amostra são solteiros, 13,3% são casados e 13,3% divorciados, perfazendo o total da amostra de 30 respondentes.

Tabela 3-Estado Civil

Estado Civil		Frequência	Percentagem
Válido	Solteiro	22	73,3
	Casado	4	13,3
	Divorciado	4	13,3
	Total	30	100,0

Agregado familiar

Quanto ao número de pessoas do agregado familiar, na tabela 4, observa-se que 23,3% da amostra possui uma pessoa no seu agregado familiar, 50% da amostra tem entre duas e três pessoas, 20% tem até quatro, 6,7% dos enfermeiros tem cinco ou mais pessoas no seu agregado familiar

A média de pessoas no agregado familiar, desta amostra é de 2,7%. Convém referir que este dado corresponde, praticamente, à média dos agregados familiares em Portugal, de acordo com INE, PORDATA (2016) em média, cada família possui 2,6 pessoas no agregado familiar.

Tabela 4-Agregado Familiar

Números de pessoas no agregado familiar		Frequência	Percentagem
Valido	Uma pessoa	7	23,3
	Duas pessoas	6	20
	Três pessoas	9	30
	Quatro pessoas	6	20
	Mais de cinco pessoas	2	6,7
	Total	30	100

De seguida apresenta-se os dados relativos a caracterização da amostra.

Número de horas trabalhadas

Em relação ao número de horas trabalhadas na instituição, observa-se no grafico 5 que 20% dos inquiridos trabalham na instituição entre 20 a 40 horas semanais, 33,3% trabalham de 30 a 39 horas semanais e que 46,7 % trabalham na instituição mais de 40 horas semanais ou de acordo com as exigências do serviços, nunca menos que 20 horas. Sendo estas 20 horas semanais, o mínimo de horas exigido na contratualização dos serviços pela RNCCI, expresso pela Portaria Nº 174/2014, que definiu o número mínimo de recursos humanos a afetar ao funcionamento das diferentes tipologias a RNCCI.

Tabela 5-Horas semanais de trabalho na organização

Horas semanais de trabalho na organização		Frequência	Percentagem
Válido	20 a 29 horas semanais	6	20,
	30 a 39 horas semanais	10	33,3
	40 ou mais horas semanais	14	46,7
	Total	30	100

Duplo Emprego

No que diz respeito a acumulação de funções, na tabela 6 observa-se que 50% dos enfermeiros trabalham somente nesta instituição e os outros 50% acumulam funções noutros locais.

Tabela 6-Jornada de Duplo Emprego

Enfermeiros com emprego duplo		Frequência	Porcentagem
Válido	Sim	15	50
	Não	15	50
	Total	30	100

Antiguidade na organização

Quando se inquiriu sobre o tempo que estão a exercer a profissão nesta instituição, na tabela 7, observa-se que 23,3% dos enfermeiros estão a trabalhar nesta organização há menos de seis meses, 26,7% estão a trabalhar há mais de seis meses, 20% estão a trabalhar entre um a dois anos e 30% dos enfermeiros inquiridos, responderam que trabalham nesta Instituição há mais de dois anos. Considerando que a instituição deu início as suas atividades em julho de 2013, compreende-se que os enfermeiros têm pouco tempo de prestação de serviços nestas unidades.

Tabela 7-Antiguidade na Organização.

Antiguidade na organização		Frequência	Porcentagem
Válido	Menos de seis meses	7	23,3
	Mais de seis meses	8	26,7
	Um a dois anos	6	20
	Mais de dois anos	9	30
	Total	30	100

Acidentes de Trabalho

Quanto aos acidentes de trabalho, na tabela 8, observa-se que 16,7% dos inquiridos referiu que sofreu acidentes de trabalho nesta instituição, a percentagem que não sofreu acidente de trabalho é de 83,3%. Os acidentes ocorridos com este grupo de profissionais, de acordo com as informações do departamento de SHT, não foram notificados, não é do conhecimento deste departamento que existam qualquer tipo de acidente.

Tabela 8-Acidente de Trabalho na Organização

Acidentes de trabalho na organização	Frequência	Porcentagem
--------------------------------------	------------	-------------

Válido	Sim	5	16,7
	Não	25	83,3
	Total	30	100

Formação em Serviço

Em relação à formação em serviço, 43,3% dos enfermeiros reponderam que já tiveram esse tipo de formação e 56,7% responde que não, conforme se verifica na tabela 9.

Tabela 9-Formação em Serviço

Formação em serviço nesta instituição		Frequência	Porcentagem
Válido	Sim	13	43,3
	Não	17	56,7
	Total	30	100

1.2. Instrumento

Para dar cumprimento aos objetivos proposto, utilizou-se como instrumento de recolha de dados², o questionário para identificar as Fontes de Stresse no Trabalho dos Enfermeiros, adaptado para este estudo, com base num instrumento construído por Pereira (2010). A adaptação do questionário, resultou da análise teórica sobre as fontes de stresse na profissão do enfermeiro no sentido de fortalecer a relevância do conteúdo dos itens para a população em análise.

O pré-questionário está subdividido em duas partes, a primeira é constituída por 50 itens relativos às Fontes de Stresse no Trabalho dos enfermeiros. A segunda é constituída por um conjunto de Variáveis Socio organizacionais.

A componente relativa às Fontes de Stresse é constituída por uma escala tipo Likert com 7 alternativas de resposta, as quais variam de "Nenhuma pressão" (1) a "Muito forte de pressão" (7).

Conforme referido anteriormente, os itens existentes, abarcaram algumas das situações e condições de trabalho que possam constituir fontes indutoras de stresse no trabalho dos enfermeiros. A resposta é dada consoante a frequência com que cada uma das situações é percebida como fonte de pressão, no respetivo serviço, pelo inquirido.

² Apêndice 3- Questionário de Fontes de Stresse no Trabalho dos Enfermeiros

1.2.1 Validade e Fiabilidade

Os resultados obtidos através de um questionário só evidenciam rigor quando o mesmo instrumento foi construído com base em critérios de validade e fiabilidade.

A validade é o que permite verificar se o instrumento mede o que se propõe medir (Fortin, 2009; Ribeiro, 2010).

Os termos fidelidade, fiabilidade e precisão, são muitas vezes utilizados de modo indiscriminado na literatura da especialidade. Optamos aqui pelo termo fiabilidade. A fiabilidade é, neste âmbito, a capacidade que uma escala tem de obter os mesmos resultados se for aplicada às mesmas pessoas em condições semelhantes (Ribeiro, 2010; Pestana e Gageiro, 2014). A fiabilidade expressa-se pelo coeficiente de correlação pois mede a consistência entre dois resultados independentes (Ribeiro, 2010; Fortin, 2009).

É importante salientar que a fiabilidade e a validade não são dois indicadores independentes. Quando um instrumento não apresenta valores aceitáveis de fiabilidade não pode ser considerado válido. Isto porque um instrumento não pode medir de forma válida determinado atributo se não for exato e se induzir em erro (Pestana e Gageiro, 2014).

No sentido de assegurar a validade do instrumento, procurou-se, garantir a validade de conteúdo dos itens, designadamente, através da sua relevância e clareza, para a população em análise.

Após a aplicação à Análise Fatorial do conjunto das respostas aos itens. Esta análise visou reduzir este conjunto alargado de itens a um número menor de fatores. Pretendeu-se, assim, que o resultado indicasse, o padrão de relações existentes entre os itens, demonstrada através dos fatores identificados.

Teve-se presente que, regra geral, procedimentos de análise fatorial exigem amostras relativamente elevadas, tendo por referência o nº de itens. Contudo, muito embora a amostra de que dispúnhamos fosse bastante reduzida, após diversas interações realizadas, com base em procedimentos de Análise em Componentes Principais com Rotação Varimax, obteve-se um conjunto de 4 fatores com relevância concetual e estatística do conjunto de itens que compõe cada fator.

O critério para a seleção dos itens pertencentes a cada fator exigia um peso do item de .40 ou superior no fator e nunca igual ou superior nos restantes, tal como é geralmente recomendado (Pestana e Gagueiro, 2014).

O conjunto de fatores encontrado permitiu obter 59,61% da variância explicada pelos fatores o que constitui um indicador muito positivo (Pestana e Gagueiro, 2014).

Esses dados estão presentes na Tabela nº 10.

Tabela 10-Total Variância total explicada pelo conjunto de fatores

FATOR	Total de Variância Explicada	
	Valores Próprios	
	Variância %	Variância Cumulativa %
1 Controlo da Vida Ocupacional	36,74	36,74
2 Sofrimento dos doentes	10,01	46,83
3 Organização do Trabalho	6,83	53,65
4 Conflitos no Trabalho	5,95	59,61

Seguidamente apresenta-se a tabela de Análise Fatorial em Componentes Principais com os itens selecionados, de acordo com os critérios, anteriormente definidos.

Tabela 11- Análise Fatorial em Componentes Principais com Rotação Varimax

Itens	Componentes/Fatores			
	1	2	3	4
4. Trabalhar em turnos seguidos.		,712		
5 Realização de múltiplas tarefas.		,821		
6 Acumulação de tarefas.				,566
8 Trabalho por turnos.		,586		
9 Horários de trabalho que não respeitam o ritmo biológico.		,812		
10 Horas insuficientes de repouso após o trabalho.		,713		
12 Limites apertados de tempo para a realização das tarefas		,701		
16 Ter de estar sempre disponível para atender as pessoas.				,666
17 Contacto com o sofrimento de pessoas doentes.			,884	
18 Manifestação de dor dos doentes.			,761	

22 Dificuldade de conciliar a vida pessoal com a vida profissional				,548
25 Falta de espírito de equipa entre colegas	,612			
26 Discriminação e favoritismos encobertos.	,728			
27 Conflito com colegas	,630			
28 Conflito com chefias	,768			
29 Conflitos com utentes	,594			
30 Conflitos com familiares	,591			
32 Sensação de isolamento.				,521
39 Dificuldade em aumentar a quantidade e qualidade do trabalho		,671		
47 Algumas características de estrutura da organização na qual trabalho.				,630
48 Pouca capacidade de decisão sobre o modo como está organizada o trabalho				,664
49 Existência de fatores fora do meu controle.				,862
50 Ausência de independência e liberdade quanto à execução do meu trabalho.				,670

Conforme foi dito, a definição das dimensões de análise e posteriores subescalas que iriam compor o nosso questionário obrigava a que fosse determinada a respetiva fidelidade.

Para testar a fiabilidade do questionário das fontes de stresse no trabalho do enfermeiro, avaliou-se a sua consistência interna, ou seja, procurou-se determinar a existência da coerência nas respostas dos inquiridos aos itens do questionário. Para a sua determinação foi utilizado o coeficiente α de Cronbach.

Segundo Pestana e Gageiro (2014), uma muito boa consistência interna é traduzida por um valor de α de Cronbach superior a 0,90 sendo que, os valores entre 0,80 e 0,90 são considerados bons, entre 0,70 e 0,80 são razoáveis, entre 0,60 e 0,70 são fracos e, inferiores a estes, são inadmissíveis. Para Ribeiro (2010), uma boa consistência interna é a representada por valores superiores a 0,80 embora sejam aceitáveis valores superiores a 0,60 quando as escalas apresentam um número reduzido de itens. Fortim, (2009) referindo-se à interpretação dos níveis de fiabilidade, considera o instrumento fiável quando apresenta valores entre - 1,00 e 1,00. Podem ser consideradas ainda categorias intermediárias tais como: pouco fiável, moderadamente fiável e altamente fiável.

A partir dessa interpretação os resultados encontrados na presente investigação, pode-se dizer que os valores globais do Coeficiente α de Cronbach, de cada subescala neste estudo, situa-se entre .87 e .92, conforme Tabela nº 12 o que é indicativo de uma boa consistência interna, gera poucos erros, isto é considerado que tem uma fiabilidade interna de moderada a alta fiabilidade.

A tabela seguinte apresenta algumas estatísticas descritivas do questionário, nomeadamente, o Coeficiente α de Cronbach.

Tabela 12-Coeficiente α de Cronbach

Fatores (Subescalas/Dimensões)	Total de itens	α de Cronbach
1. Controlo da Vida Ocupacional	9	.97
2. Sofrimento dos Doentes	2	.92
3. Organização do Trabalho	7	.87
4. Conflitualidade no Trabalho	6	.89

Conforme referido, o pré-questionário era constituído, na sua 1ª parte, por 50 itens. Após os procedimentos, anteriormente descritos, ficamos reduzidos a um total de 24 itens subdivididos por quatro subescalas.

A tabela seguinte apresenta a descrição do conteúdo de cada uma das subescalas e exemplo de itens.

Tabela 13-Conteúdo e itens das subescalas do Questionário Fontes de Stress no Trabalho de Enfermeiros

Subescalas	Conteúdo da subescala	Exemplo de itens
1. Controlo da Vida Ocupacional	Esta dimensão envolve componentes da atividade profissional e perceção de controlo que os enfermeiros têm sobre esses componentes.	<ul style="list-style-type: none"> – Acumulação de tarefas; – Dificuldade de conciliar a vida pessoal com a vida profissional; – Pouca capacidade de decisão sobre o modo como está organizado o trabalho; – Ausência de independência e liberdade quanto à execução do
2. Sofrimento dos Doentes	Esta dimensão remete para o contacto com o sofrimento dos mesmos	<ul style="list-style-type: none"> – Contacto com o sofrimento de pessoas doentes; – Manifestação de dor dos doentes;

3. Organização do Trabalho	Esta dimensão especifica aspetos de organização do trabalho, predominantemente, relacionados com a organização do tempo.	<ul style="list-style-type: none"> – Trabalhar em turnos seguidos; – Horários de trabalho que não respeitam o ritmo biológico; – Horas insuficientes de repouso após o trabalho; – Limites apertados de tempo para a
4. Conflitualidade no Trabalho	Esta dimensão enquadra tensões e conflitos presentes na atividade profissional	<ul style="list-style-type: none"> – Falta de espírito de equipa entre colegas; – Discriminação e favoritismos encobertos; – Conflitos com colegas, chefias ou utentes;

1.3.Procedimento

Para a aplicação deste questionário recorreu-se ao pedido de autorização por escrito aos responsáveis da direção da organização.³ Juntamente com o pedido de autorização foi enviada uma descrição do que se pretendia com este estudo, onde foram explicados os objetivos, os procedimentos a utilizar na recolha de dados e referências à análise e divulgação dos resultados.

Após a autorização da investigação, partiu-se para o trabalho de campo propriamente dito. O procedimento inicial foi realizar o cronograma⁴ com vista a cumprir o tempo delimitado para o estudo.

A partir de então, com a ajuda do Departamento dos Recursos Humanos, investigou-se o número total de enfermeiros a trabalhar na LAHGO Continuados. Após a obtenção desta informação, foram contactados, de forma individual cada um dos elementos da população, explicado o caráter do estudo, os objetivos e implicações da investigação, assegurando o carácter voluntário da participação nesta investigação, o anonimato e a confidencialidade da informação obtida na mesma.

A aplicação do questionário ocorreu em março e a recolha em junho de 2016.

A análise de dados foi realizada com recurso ao “Statistical Package for Social Sciences - SPSS, versão 2.0”.

³ Apêndice 1-Carta pedido de autorização par realização do estudo

⁴ Apêndice 4- Cronograma do estudo

2. Dados obtidos

Depois de definidas e caracterizadas as propriedades das subescalas/dimensões que compõem o questionário em estudo, passou-se então a análise da distribuição das respostas por dimensão de análise.

As análises que se seguem pretendem responder aos objetivos pré-definidos.

2.1. Análise dos Dados Obtidos

Relembra-se que constituía objetivo geral deste trabalho "identificar fontes de stresse ocupacional nos enfermeiros da Lahgo Continuados".

Para responder a este objetivo, elaborámos, adaptámos e reconstruímos o instrumento de análise, anteriormente, caracterizado. Pretendeu-se que este elencasse, de acordo com a revisão da literatura e o conhecimento direto da realidade existente, aquelas que podem constituir as maiores fontes de stresse no trabalho destes profissionais. O facto de com uma amostra só com 30 indivíduos, obteve-se uma estrutura clara em termos fatoriais, uma variância explicada elevada e indicadores de fiabilidade igualmente elevados, quando a teoria aponta para 5 x nº de itens (Pestana e Gageiro, 2014), o que implicaria 150 indivíduos para fazer esta análise, faz-se realçar a validade do questionário, a precisão de medida e a relevância dos dados para caracterizar a amostra em análise.

Passamos agora aos objetivos específicos:

1º Objetivo: conhecer as fontes de maior pressão no trabalho destes enfermeiros

Para responder a este objetivo, identificámos a média e o desvio padrão das subescalas que constituem o questionário, bem como dos respetivos itens. Seguem-se as referidas análises:

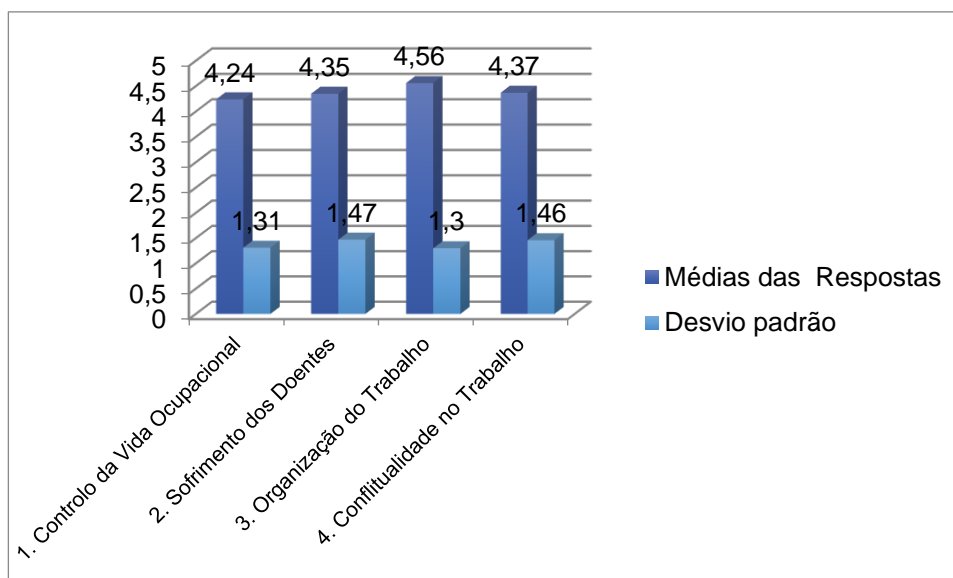


Gráfico 1-Médias e Desvio Padrão das Subescalas do Questionário

O gráfico anterior apresenta a média e o desvio padrão para as 4 dimensões que compõem as Fontes de Stresse no Trabalho avaliadas: Controlo da Vida Ocupacional, Sofrimento dos Doentes, Organização do Trabalho e Conflitualidade no Trabalho.

Relembrando que as pontuações variavam entre 1 = nenhuma pressão e 7= muito forte pressão, a média das respostas e desvio padrão das respostas evidenciam a perceção de uma considerável pressão no trabalho, por parte dos enfermeiros inquiridos. Observa-se, igualmente, alguma tendência para a aproximação da média das respostas, bem como de elevada dispersão das mesmas, atendendo aos valores de desvio padrão.

A dimensão que evidencia maior pressão é a Organização do Trabalho ($\bar{x} = 4,56$; $\sigma = 1,3$), segue-se a Conflitualidade no Trabalho ($\bar{x} = 4,37$; $\sigma = 1,46$), posteriormente vem o Sofrimento dos Doentes ($\bar{x} = 4,35$; $\sigma = 1,47$) e, por fim, o Controlo da Vida Ocupacional ($\bar{x} = 4,24$; $\sigma = 1,31$).

Apresentam-se de seguida gráficos, com a pontuação média dos itens e respetivo desvio padrão, em cada uma das subescalas.

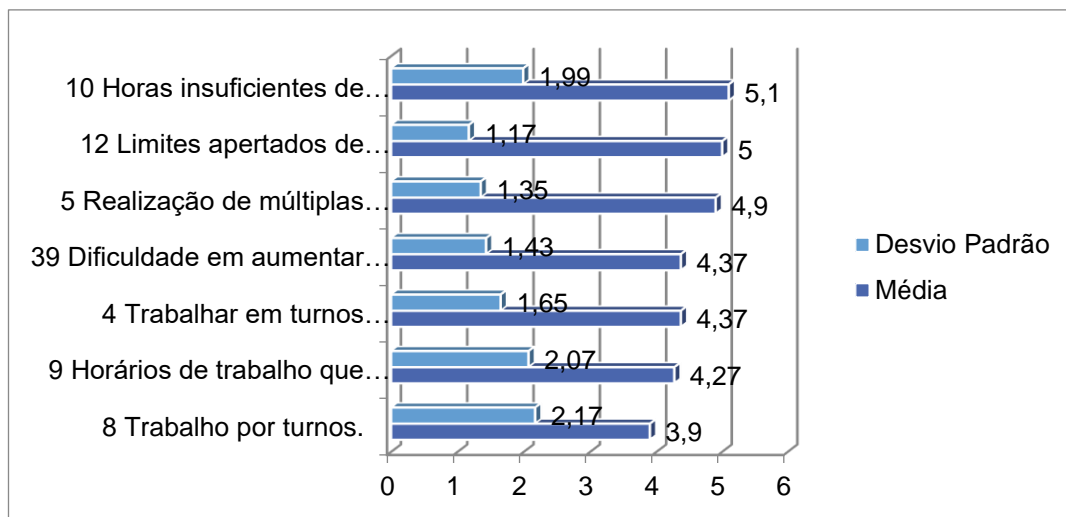


Gráfico 2-Médias e Desvio Padrão dos itens da subescala Organização do Trabalho

Os itens com pontuação mais elevada, logo propiciadores de maior pressão e consequente stresse no trabalho, da subescala Organização do Trabalho, são: Horas insuficientes de repouso após o trabalho ($\bar{x} = 5,1$; $\sigma = 1,99$), Limites apertados de tempo para a realização das tarefas ($\bar{x} = 5,00$; $\sigma = 1,35$) e Realização de múltiplas tarefas ($\bar{x} = 4,9$; $\sigma = 1,35$).

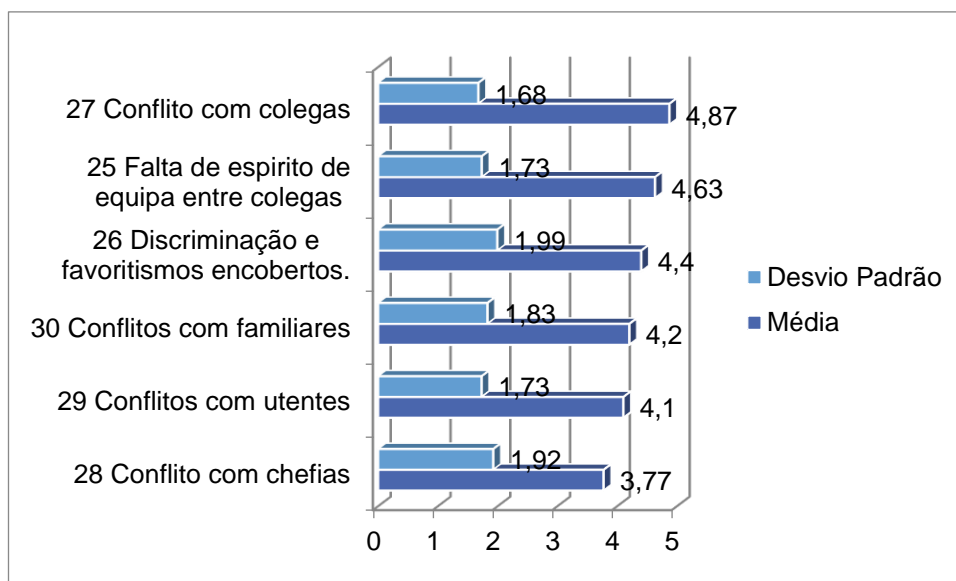


Gráfico 3- Médias e Desvio Padrão dos itens da subescala Conflitualidade no Trabalho

Os itens com pontuação mais elevada da subescala Conflitualidade no Trabalho, logo aqueles que têm maior impacto nos inquiridos, enquanto fontes de stresse no trabalho são: Conflito com

chefias ($\bar{x} = 4,87$; $\sigma = 1,68$), seguido de Falta de espírito de equipa entre colegas ($\bar{x} = 4,63$; $\sigma = 1,73$), e Discriminação e favoritismos encobertos ($\bar{x} = 4,4$; $\sigma = 1,83$).

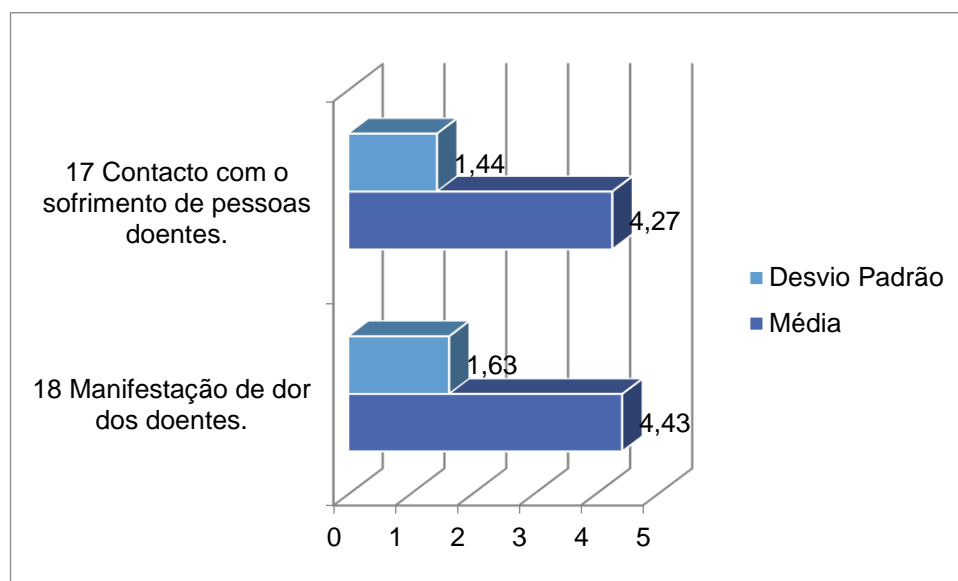


Gráfico 4-Médias e Desvio Padrão dos itens da subescala Sofrimento dos doentes

Em virtude desta subescala ser constituída por dois itens, observamos, exclusivamente, que a diferenças de médias, e mesmo dos indicadores de desvio padrão é reduzido. Identifica-se fontes de stresse nos itens Contacto com o sofrimento de pessoas ($\bar{x} = 4,27$; $\sigma = 1,44$) e Manifestação de dor dos doentes ($\bar{x} = 4,43$; $\sigma = 1,63$) com magnitudes muito próximas.

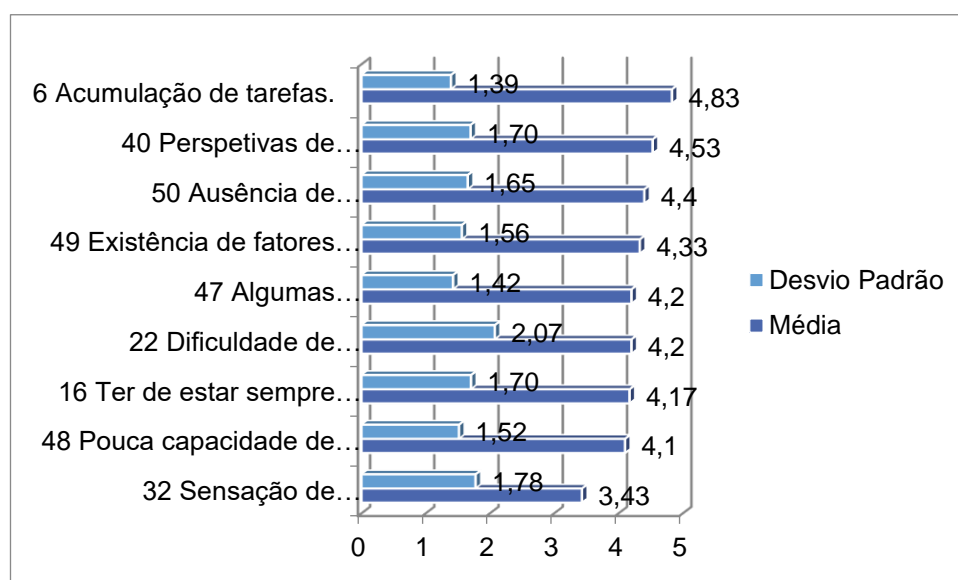


Gráfico 5-Médias e Desvio Padrão dos itens da subescala Controlo da Vida Ocupacional

Os itens com pontuação mais elevada e, nesse sentido, promotores de maior pressão e consequente stresse no trabalho, da subescala Controlo da Vida Ocupacional, são: Acumulação de tarefas ($\bar{x} = 4,83$; $\sigma = 1,39$), Perspetivas de promoção indefinidas ($\bar{x} = 4,53$; $\sigma = 1,70$), Ausência de independência e liberdade quanto à execução do meu trabalho ($\bar{x} = 4,4$; $\sigma = 1,65$) e Existência de fatores fora do meu controle ($\bar{x} = 4,33$; $\sigma = 1,56$).

2º Objetivo: verificar se as pontuações das diferentes dimensões de fontes de stresse se influenciam reciprocamente.

Para responder a este objetivo procedemos à determinação das correlações entre estas variáveis através do Coeficiente de Correlação de Pearson.

Lembra-se que o coeficiente de correlação de Pearson (r) é uma medida do grau de relação linear entre duas variáveis quantitativas. Este coeficiente varia entre os valores -1 e 1. O valor 1 indica uma relação linear perfeita positiva e o valor -1 indica uma relação linear perfeita negativa, ou seja, quando uma das variáveis aumenta a outra diminui. Quanto mais próximo estiver de 1 ou -1, mais forte é a associação linear entre as duas variáveis. O valor 0 (zero) significa que não há relação linear. (Filho e Júnior, 2009; Pestana e Gageiro, 2008). Por convenção sugere-se que: $r < 0,2$ – associação muito baixa; $0,2 < r < 0,39$ – associação baixa; $0,4 < r < 0,69$ – associação moderada; $0,7 < r < 0,89$ – associação alta; $0,9 < r < 1$ – associação muito alta. (Pestana e Gageiro, 2014).

Os dados obtidos estão presentes na tabela nº 14.

Tabela 14-Correlações entre subescalas

Variáveis	Controlo da Vida Ocupacional	Sufrimento dos Doentes	Organização do Trabalho	Conflitualidade no Trabalho
Controlo da Vida Ocupacional	1			
Sufrimento dos Doentes	,418*	1		
Organização do Trabalho	,459*	,044	1	
Conflitualidade no Trabalho	,579**	,331	,409*	1

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

De acordo com os dados presentes observa-se que estão presentes correlações positivas entre algumas dimensões, nomeadamente entre as dimensões, Controlo da Vida Ocupacional com todas as restantes, ou seja, Sofrimento dos Doentes (,418*), e Organização do Trabalho (,459*) e Conflitualidade no Trabalho (,579**). Estes dados significam que quanto maior for a Dificuldade em

Controlar a Vida Ocupacional maior a vulnerabilidade ao Sofrimento dos Doentes, mais as dificuldades ao nível da perceção da Organização do Trabalho e da perceção da Conflitualidade no Trabalho e vice-versa. Esta última dimensão evidencia correlação positiva e significativa com a Organização do trabalho (,409*), ou seja, quanto maior a perceção dos inquiridos relativamente à Conflitualidade no Trabalho, maior a perceção de dificuldades ao nível da Organização do Trabalho e vice-versa.

3º Objetivo: verificar se existem correlações significativas entre caraterísticas socio organizacionais dos inquiridos e as perceções das fontes de pressão no trabalho.

Conforme referido, pretende-se agora analisar se existem correlações significativas entre caraterísticas socio organizacionais dos inquiridos e as perceções de fontes de stresse no trabalho. Para concretizar este objetivo recorreremos, tal como anteriormente, a uma análise de correlações através do Coeficiente de Pearson.

Tabela 15-Correlações entre Variáveis Socio organizacionais e Subescalas

Variáveis	Controlo da Vida Ocupacional	Sofrimento dos Doentes	Organização do Trabalho	Conflitualidade no Trabalho
Sexo	-,201	-,478**	,045	-,175
Idade	-,128	-,085	-,094	,133
Estado civil	-,079	-,039	-,004	,127
Agregado familiar	,187	,122	-,070	,250
Horas mensais trabalhadas	-,101	,046	-,253	-,265
Duplo emprego	-,571**	,356	-,011	,236
Antiguidade	-,286	-,166	-,019	,207
Acidente de trabalho	,054	,200	-,085	-,023
Formação	,359	-,044	-,062	-,027
Ruido	,326	,006	,339	,117
Iluminação	,260	-,177	,266	-,073
Ambiente térmico	,347	,109	,484**	,236
Fatores Ambientais	,381*	,013	,450*	-,126

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Na tabela 14, verifica-se que foi possível identificar correlações negativas, com expressão estatística significativa, entre a variável Sexo e o Sofrimento dos Doentes (-,478**) e entre a variável

Duplo Emprego e o Controlo da Vida Ocupacional (-,571**). Sendo correlações negativas, refletem a existência de uma relação inversamente proporcional entre elas. Nesse sentido e porque o Sexo Feminino estava associado ao indicador 1 e o Sexo Masculino ao indicador 2, conclui-se que as mulheres tendem a pontuar mais a subescala Sofrimento dos Doentes. No que se refere ao Duplo Emprego, dado que o fato de o inquirido estar nessa situação ser identificado com o nº 1 e se não estivesse nessa condição com 2, conclui-se que quem tem Duplo Emprego tende a pontuar mais a subescala Controlo da Vida Ocupacional, ou seja a indicar o seu conteúdo como maior fonte de pressão.

Paralelamente, observam-se, também correlações positivas, designadamente, entre o Ambiente Térmico e a Organização do trabalho (,484**), isto é, a perceção de um aumento excessivo da temperatura no local de trabalho está associado à perceção de maiores fontes de stresse resultantes de aspetos relacionados com a Organização do Trabalho.

Finalmente, os fatores Ambientais (que englobam iluminação, ruído e temperatura) quando percecionados como desajustados tendem a estar mais associados à valorização do Controlo da Vida Ocupacional (,381*) e da Organização do Trabalho (,484**) como fontes de stresse.

2.2. Discussão dos Dados Obtidos

O estudo do estresse ocupacional em enfermeiros tem suscitado a atenção de várias autoridades no âmbito da saúde ocupacional, que procuram compreender esse problema em termos das manifestações e consequências na saúde desses trabalhadores. Este estudo insere-se nessa lógica, fornecendo indicações acerca da experiência de trabalho, na Unidade de Cuidados Continuados e Integrados, LAHGO Continuados, com uma amostra de 30 enfermeiros, procurando contribuir para a percepção e desenvolvimento de metodologias de avaliação de risco ocupacional na área de Segurança e Higiene no Trabalho, específicas para os trabalhadores da área da saúde, especialmente para os enfermeiros.

Concluindo a análise dos dados, torna-se conveniente comparar estes resultados, com a revisão da literatura, de onde sobressaem os autores de referência, em relação a esta problemática. Neste capítulo, serão discutidos os aspetos mais relevantes, indo de encontro à pergunta de partida, que suscitou o desenvolvimento deste estudo. A organização deste ponto segue em coerência com a apresentação e análise dos dados obtidos.

Começa-se por analisar algumas das características desta amostra, dado que essa análise pode ter interesse, quando comparada com o resultado de alguns estudos. Neste sentido, verifica-se que:

- A grande maioria dos inquiridos são do sexo feminino, 83,3%. Este é um dado expetável e de cariz histórico. Vários estudos confirmam que a profissão de enfermagem sempre foi constituída essencialmente por mulheres, a quem cabia a responsabilidade do cuidar ao longo do ciclo vital (Carapinheiro e Lopes, 1993). Recentemente a Ordem dos Enfermeiros (2014) publicou um relatório de dados estatísticos, que corrobora estudos já existentes, em que o sexo feminino tem predominância nesta atividade.
- Relativamente às faixas etárias desta amostra, os resultados apontaram para 40% dos inquiridos tem idades compreendidas entre 20 a 25 anos, dados semelhantes foram encontrados por Duarte (2015) e Silva (2009) e no relatório de dados estatísticos da Ordem do Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2014).
- Sobre o número de horas dispensadas para a organização, os dados obtidos mostram que 66,7% dos enfermeiros trabalham entre 101 a 160 horas mensais, realizando, por semana, entre 30 a 39 horas e 46,7% têm jornada com 40 ou mais horas de trabalho por semana. Estes dados vão de encontro dos estudos de Nogueira (2010) e Silva, (2009). Este autor também refere que, o horário com maior expressão no serviço estudado era o de 35 horas, sendo que, os horários com 40 horas semanais, somente os contratados o faziam

obrigatoriamente e, em turnos com duração superior a 8 horas diárias. Este aspeto deve receber atenção, pois a sobrecarga horária, turnos duplos e consequente stresse podem contribuir para a ocorrência de acidentes ocupacionais como nos indica Almeida, (2009).

- No que se refere à acumulação de funções noutra instituição, 50% dos enfermeiros trabalham apenas nesta instituição. Contudo, outros 50% da amostra acumulam funções noutras organizações. A este respeito, Robazzi et. al., (2010) referem que, este grupo profissional, recebe baixos ordenados face às responsabilidades, funções e características inerentes à sua profissão, o que os leva a trabalhar um número de horas acima do aconselhável, quer na instituição onde exercem habitualmente as suas funções, quer noutros locais de trabalho, ultrapassando as 35 horas semanais recomendadas, a qual “(...) se traduz num desgaste físico e mental, potencializando o stresse e a desatenção tornando-os mais suscetíveis aos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais” (Robazzi et. al 2010, p.56). Também Pafaro e Martino (2004) apontam ainda a acumulação de funções em mais de uma instituição, pelos profissionais da enfermagem, como fonte de rendimento familiar, condicionando a sua vida social quando executam o trabalho por turnos. Segundo Haddad, citado por Gomes e Silva (2009), as dificuldades socioeconómicas enfrentadas por este grupo profissional, ao receberem um salário baixo, procuram acumular em outro local para sustentar sua família e ter uma vida digna. Também Duarte (2015) refere, no seu estudo, que um dos motivos principais dos enfermeiros acumularem horas trabalhadas, era o fator económico (92,8%) e Silva (2009) acrescenta que uma remuneração baixa concorre para uma baixa qualidade de vida no trabalho, além de aumentar os riscos de acidentes no trabalhos e stresse.
- Quando à formação em serviço, observa-se que 43,3% da amostra de enfermeiros inquiridos responderam que tiveram formação em serviço e 56,7% da amostra não tiveram a referida formação. Almeida et. al. (2003), efetuaram um estudo que corrobora com este resultado, esse estudo evidenciou que 56,6% dos colaboradores não tinham obtido formação, apesar da legislação o prever antes do início da atividade laboral.

As características desta amostra, revela ser bastante interessante para uma investigação sobre as fontes de stresse no trabalho, visto que apresenta algumas das variáveis que são relacionadas com investigações sobre o stresse, por diferentes autores, quais sejam: a idade jovem (Silva e Gomes 2009; Gomes, 2014), o género predominantemente feminino (Gomes 2014; Souza e Araújo, 2015; Esteves e Gomes, 2014), um percentagem significativa de indivíduos solteiros (Gomes 2014, Pinto e Silva 2005; Paschoal e Tamayo 2004), uma parcela de enfermeiros com pouca experiência e consequentemente, trabalhando pouco tempo nas instituições (Duarte, 2015) e, por fim, desenvolvem funções de responsabilidade sobre pessoas, ou seja, tanto de doentes sob

seus cuidados, como de outros trabalhadores (auxiliares de ação médica, auxiliares de limpeza, administrativos,) subordinados à sua chefia (Vaz Serra, 2007).

Relativamente às propriedades psicométricas do questionário os resultados da análise fatorial, em termos globais, relativa à estrutura fatorial do instrumento confirmou as dimensões esperadas. Este questionário apresenta quatro dimensões, que permitem um entendimento bastante amplo das fontes de pressão, indutoras de stresse no trabalho, nos enfermeiros. Os valores de alfa de Cronbach encontrados, (,87 e,92) são consideravelmente elevados, situando-se acima do ponto crítico de 0,60, e podem ser considerados como indicador de uma boa consistência interna (Pestana e Gagueiro, 2008). São também concordantes com os valores encontrados em outros estudos, aqui citados, nomeadamente nos estudos de Gomes, Melo e Cruz, (2000); Gomes, Cruz e Cabanelas, (2009), Gomes (2014); Souza e Araújo, (2015); Esteves e Gomes, (2014)

Relativamente às fontes de pressão no trabalho, a dimensão que revela constituir a maior fonte de pressão nos enfermeiros é a Organização do Trabalho. Estes dados são concordantes com o referido por alguns autores quando indicam que na profissão de enfermagem observa-se, por vezes, um trabalho normalizado e rotinizado, com divisão de atividades, organização de horários por turnos, com elevada rotatividade exigida pelos serviços, verificando-se frequentemente uma elevada carga de trabalho num curto espaço de tempo, o que pode causar sobrecarga laboral (Ferreira e Ferreira, 2014; Rainho et. al. 2015)

A média dos itens que remetem para maior pressão oscila entre 5,1 (Horas insuficientes de repouso após o trabalho) e 4,4 (Ausência de independência e liberdade quanto à execução do trabalho e Discriminação e favoritismos encobertos). Sobre este aspeto, refira-se que Cabanelas (2009) realizou um estudo no mesmo âmbito, utilizando escalas com 7 alternativas de resposta, como neste caso e, à semelhança daquilo que se verificou neste estudo, a média das fontes de pressão que identificou são idênticas às médias das respostas dos inquiridos que obtivemos. Estes valores também foram encontrados por Gomes, et. al (2013) e Duarte (2015) e são interpretados como fontes desencadeadores de stresse no trabalho.

Os itens com pontuação mais elevada, logo propiciadores de maior pressão e consequente stresse no trabalho, da subescala Organização do Trabalho, são: Horas insuficientes de repouso após o trabalho ($\bar{x} = 5,1$), Limites apertados de tempo para a realização das tarefas ($\bar{x} = 5,00$) e Realização de múltiplas tarefas ($\bar{x} = 4,9$). Esses valores encontram correspondência nos dados de outras investigações quando fazem referência à sobrecarga de trabalho e às pressões de tempo e aos aspetos relacionados com a carreira e com a realização profissional, como indicam os estudos de Gomes, (2014), Santos e Teixeira, (2008) e Pascoal e Tamayo, (2004).

Constituiu um segundo objetivo deste trabalho verificar se as pontuações das diferentes dimensões de fontes de stresse se influenciam reciprocamente. Nos dados obtidos destacam-se correlações positivas entre algumas dimensões, nomeadamente entre a dimensão Controlo da Vida Ocupacional com todas as restantes, ou seja, Sofrimento dos Doentes (,418*), Organização do Trabalho (,459*) e Conflitualidade no Trabalho (,579**). Estes dados significam que quanto maior for a Dificuldade em Controlar a Vida Ocupacional maior a vulnerabilidade ao Sofrimento dos Doentes, maior é a dificuldade ao nível da perceção da Organização do Trabalho e da perceção da Conflitualidade no Trabalho e vice-versa. Estas correlações vêm num sentido próximo do referido por alguns autores, como por exemplo Rossi et. al. (2011), quando referem que as relações entre o baixo controle, o baixo apoio social e a alta exigência de trabalho comprometem o bem-estar e se relacionam positivamente com o stresse no ambiente laboral. Pelo seu lado, Santos e Teixeira (2009), também parecem interligar a Organização do Trabalho com o Controlo da Vida Ocupacional quando referem que os enfermeiros sentem dificuldade em lidar com a carga de trabalho, a escassez de tempo, a falta de recursos humanos, bem como com a pressão para obter resultados de elevado padrão e que estes fatores contribuem para a agravamento do stresse. Complementarmente, um estudo de Carlotto (2008), associa várias fontes de stresse dos enfermeiros com a influência que estas têm no sentimento destes profissionais em relação ao sofrimento do doente. No âmbito da inter-relação entre a Organização do Trabalho e a Conflitualidade no Trabalho, Seyle (1974; citado por Malagris e Fiorito, 2006) afirmou que aprender a viver com os outros é um dos aspetos da vida de cada pessoa que mais stresse causa, já que as diferenças individuais têm grande importância na forma como nos relacionamos com os outros. Alguns estudos explicitam a relevância das Relações Interpessoais no contexto de trabalho dos enfermeiros, nomeadamente na coesão entre colegas inter e intra equipas, como fonte de apoio e bem-estar relacionais. Também outros autores referem que os relacionamentos com os pares são de fundamental importância para o êxito e cumprimento da missão do profissional de saúde (Cunha et al., 2007; Soares, 2007; Fontes, 2011). No mesmo sentido, Fernandes (2012), num estudo desenvolvido com 83 enfermeiros, concluiu que uma boa equipa e bom ambiente organizacional são fatores positivos que contribuem para um maior nível de satisfação profissional. Em concordância, Rodrigues e Ferreira, (2011) referem que os enfermeiros que estabelecem má relação com as chefias percebem a dimensão apoio e envolvimento organizacional do trabalho como fonte geradora de stresse.

Constituiu um último objetivo deste trabalho verificar se existiam correlações significativas entre características socio organizacionais dos inquiridos e as perceções das fontes de stresse no trabalho. Os dados obtidos evidenciaram que as Mulheres tendem a pontuar mais a subescala Sofrimento dos Doentes. No que se refere ao Duplo Emprego, conclui-se que os enfermeiros, nesta condição, tendem a pontuar mais a subescala Controlo da Vida Ocupacional, ou seja a indicar o seu conteúdo como maior fonte de pressão. Relativamente ao primeiro dado, embora não possuamos

investigações específicas com que cruzar estes dados, podemos tentar compreendê-los através do papel tradicional das mulheres, enquanto cuidadoras e da inerente sensibilidade ao sofrimento de outrem que daí pode advir. Quanto à relação entre duplo emprego e maiores dificuldades de Controlo da Vida Ocupacional, compreender-se-á pelo aumento da carga de trabalho e inerentes solicitações. Estes dados vão de encontro ao referido por França et al. (2012) quando apontam para o mesmo tipo de resultados nesta população, à qual associam maiores índices de burnout.

Paralelamente, observaram-se correlações positivas, entre o Ambiente Térmico e a Organização do trabalho ($.484^{**}$), isto é, a percepção de um aumento excessivo da temperatura no local de trabalho está associado à percepção de maiores fontes de stresse resultantes de aspetos relacionados com a Organização do Trabalho. Estes dados estão em concordância com Tomás (2010), quando refere que o desconforto térmico, no sentido extremo, está associado à organização do trabalho e constitui umas das fontes de stresse no ambiente laboral. O desconforto do frio no Inverno e do calor no Verão, é a principal, e quase única, razão para o baixo nível de satisfação a este nível.

Finalmente, os fatores Ambientais (que englobam iluminação, ruído e temperatura) quando percecionados como desajustados tendem a estar mais associados a percepções mais negativas, relativamente à Organização do Trabalho ($.484^{**}$) e ao Controlo da Vida Ocupacional ($.381^{*}$). A este propósito relembra-se o estudo realizado com enfermeiros por Pereira (2013) que remete para insatisfação no que refere às condições de trabalho nesta unidade de saúde, nomeadamente na sua relação com os fatores ambientais.

2.3 Limitações deste trabalho

O presente estudo apresenta algumas limitações, designadamente:

- O facto de ser um estudo transversal e por isso espelhar uma realidade num determinado intervalo de tempo, mas não, necessariamente a sua continuidade. Essa

caraterização mais abrangente só poderia ser obtida através de um estudo longitudinal, que as limitações temporais para a realização deste trabalho não permitem.

- No que se refere ao tamanho da amostra. Com efeito, o fato de ser uma amostra de conveniência impede que sejam feitas extrapolações dos resultados para a população. Para tornar as conclusões deste estudo válidas para um universo mais alargado será necessário efetuar a replicação deste estudo num grupo alvo mais abrangente e diversificado, isto é, que seja representativo da população em análise.
- Salienta-se, ainda, a dificuldade em encontrar estudos similares sobre as unidades que compõe a tipologias de Resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados, que possam ser utilizados e comparados com os dados agora obtidos, daí surgiu a necessidade de utilizar estudos em outros domínios, mais gerais, mas que recaem em estudos com enfermeiros. Todavia fica o registo de os enfermeiros serem uma população consideravelmente estudada relativamente ao stresse em todo o mundo.

CONCLUSÃO

O objetivo geral deste trabalho consistiu em identificar fontes de pressão indutoras de stresse ocupacional nos enfermeiros da Lahgo Continuados.

Para responder ao objetivo proposto num primeiro momento deste trabalho, efetuou-se a contextualização teórica ao tema, procurando definir o conceito de stresse, a sua evolução histórica e os modelos teóricos deste conceito. Procurou-se, ainda, contextualizar o trabalho do enfermeiro junto dos doentes que utilizam a Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados e os pressupostos para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Em termos metodológicos realizou-se um estudo de natureza quantitativo, transversal, descritivo e correlacional.

O instrumento de recolha de dados foi um questionário composto por 2 partes: a primeira parte é referente a Fontes de Pressão no trabalho, geradoras de stresse nos enfermeiros e a segunda parte envolve os dados Sociodemográficos dos inquiridos.

A amostra é constituída por enfermeiros, predominantemente, do sexo feminino (83,3%), sendo que 60% da amostra situa-se faixa etária jovem (dos 20 aos 30 anos), a maior parte solteiros (73,3%), com uma carga horária de trabalho longa (mais de 40 horas semanais), com pouca experiência profissional e a trabalhar há pouco tempo na instituição. Cerca de 50% da amostra trabalha em duplo emprego.

As análises estatísticas realizadas consistiram na Análise Fatorial em Componentes Principais com Rotação Varimax, determinação dos Coeficientes Alpha de Cronbach, Médias e Desvio Padrão de subescalas e de itens, bem como, Correlações entre subescalas e entre estas e variáveis sociodemográficas.

Os dados obtidos revelam que existem Fontes de considerável stresse em todas as dimensões, embora com maior destaque para as que decorrem na dimensão Organização do Trabalho em comparação com as restantes. Através da análise das correlações verificou-se a existência de relações estatisticamente significativas entre a dimensão Controlo da Vida Ocupacional com as restantes, ou seja: Sofrimento dos Doentes, Controlo da Vida Ocupacional e Organização do Trabalho, bem como, entre Conflitualidade no Trabalho com Controlo da Vida Ocupacional e Organização do Trabalho.

O Sexo feminino tende a perceber como maior fonte de stresse o Sofrimento dos Doentes, quando comparado com o masculino e ter Duplo Emprego tende a favorecer a percepção de maior fonte de stresse a Dificuldade de Controlo da Vida Ocupacional. Foram ainda encontradas correlações positivas entre Fatores Ambientais com o Controlo da Vida Ocupacional e com a Organização do Trabalho.

Em síntese, o stresse constitui um Risco Psicossocial a que Segurança e Saúde no Trabalho deve dar a máxima atenção. Fatores como Organização do trabalho, Conflitualidade no Trabalho e Controlo da Vida Ocupacional são fatores a melhorar para a redução das fontes de tensão no trabalho dos profissionais inquiridos.

Do estudo realizado ficou a sensação da necessidade da sua continuidade. Nesse sentido, considera-se a necessidade de serem realizadas investigações na área dos Cuidados Continuados Integrados, visto que, existem poucos estudos neste domínio específico. Por outro lado, o alargamento destes estudos a formatos longitudinais com amostras representativas teria um interesse adicional.

O diagnóstico e intervenção das fontes e sintomas de stresse tornam-se importantes neste tipo de organizações, dado que estas, raramente, utilizam estratégias de diagnóstico das causas e efeitos do stresse na saúde dos seus profissionais, negligenciando o seu impacto no desempenho e pondo em causa a qualidade de serviços prestado pelas instituições de saúde. Também aqui, muito há a fazer.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Central dos Sistema de Saúde, IP. ACES (2015). *Boletim Informativo dos Acidentes de Trabalho e Serviço*. Atualização (2012-2014). Acedido a 22 de agosto de 2106. Disponível em WWW.ACSS.min-saude.pt
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU - OSHA) (2014a). *Psychosocial risks in Europe: working conditions and interventions*. Consultado a 13 de junho de 2016. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/psychosocial-risks-eu-prevalence-strategies-prevention>
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU - OSHA) (2014b). *Cálculo do custo do stresse e dos riscos psicossociais relacionados com o trabalho*. Consultado a 16 de junho de 2016. Disponível em: https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/literature_reviews/calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks/view
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2014). *Guia da campanha - gestão do stresse e dos riscos psicossociais no trabalho*. Consultado a 13 de junho de 2016. Disponível em: <https://www.healthy-workplaces.eu/pt/campaignmaterial/introducing-the-campaign-guide>.
- Becker, A.; Kleinman, A. (2013). Mental Health and the Global Agenda. *The New England Journal of Medicine*, pp. 66-73.
- Belancieri, M.; Beluci, M.; Silva, D.; Gasparelo, E. (2010). Resiliência em Trabalhadores da Área da Enfermagem. *Estudos de Psicologia*, v.27, n.2, p.227-233, 2010.
- Bianchi, E. (2009). Escala Bianchi de Stress. *Rev. esc. enferm. USP* vol.43 On-line, version. São Paulo. Consultado a 12 de agosto de 2016. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000500009>
- Brunner & Suddarth (eds) (2011). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 12ª Edição. Editora: Guanabara. ISBN 9788527718394. 2404 págs.
- Brykczynska, G. (1997). *A brief overview of the epistemology of caring*. Singular Publishing Group. Chapter 1, p. 1-9. San Diego.
- Cabanelas, S. Gomes, R. Cruz, J. (2009). Stresse Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um Estudo com Enfermeiros Portugueses, *Psicologia*, Vol. 25 n. 3, pp. 307-318 Universidade do Minho. Consultado a 16 de agosto de 2106. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9921/1/4-SO-Enfermeiros-Psicologia-Teoria%20e%20Pesquisa.pdf>.Lusodidacta, Loures.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Carlotto, M.; Câmara, S. (2008). Propriedades psicométricas do Questionário de Satisfação no Trabalho (S20/23). *Psico-USF*, 13, 2, 203-210.
- Chambel, J. (2005). *Stress e bem-estar nas organizações*. Pp.106-130.Climepsi. Lisboa.

- Colégio de Cuidados de Enfermagem, SFAP. (2000). *Desafios de Enfermagem em Cuidados Paliativos. Cuidar: Ética e práticas*. Loures.
- Costa J.; Lima J.; Almeida P. (2003). Stress no trabalho do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP* , 37, (3), 63-71. Consultado a 04 de outubro de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n3/08.pdf>
- Cruz, J.; Freitas, M. (1988). *Prevalência e fontes de stress nos professores: um estudo comparativo*. Trabalho apresentado na First International Conference on Counselling Psychology and Human Development. Porto, Portugal.
- Cruz, J.; Melo, B. (1996). *Stress e burnout nos psicólogos: desenvolvimento e características psicométricas de instrumentos de avaliação* [manuscrito não publicado]. Universidade do Minho, Braga.
- Cruz, J.; Mesquita, A. (1988). *Incidence and sources of stress in teaching*. Trabalho apresentado na 13th Conference of the Association for Teacher Education in Europe. Barcelona, Espanha.
- Cunha, M.; Rego, A.; Campos, R.; Cardoso, C. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (6^a Ed.). Lisboa: Editora RH
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, REPE*- (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril). Consultado a 20 de abril de 2016. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Diário da República, 1.^a série- N.º 174 - 10 de setembro de 2014, *Condições de instalação e funcionamento das unidades de internamento da RNCCI*. Consultado a 21 de agosto de 2016. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Port_174_2014.pdf
- Diário da República, 1.^a série-N.º 174, Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro. Consultado a 22 de julho de 2016. Disponível em http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F1071041-A28D-4B06-8CB5-D640D1D60D80/41897/Portaria174_2014.pdf
- Diário da República. nº 109 -1 serie A. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº. 101/06 de 6 de junho.
- Direção-Geral da Saúde, (2013) *Programa Nacional de Saúde Ocupacional: 2º Ciclo-2013/2017*.
- Douglas, M.; Meleis, A.; Eribes, C.; Kim, S. (1996). The work of auxiliary nurses in México: Stressors, satisfiers, and coping strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 33, 495-505.
- Duarte, M. (2015). *A Comunicação Interna e o Stress dos Colaboradores* (Mestrado Dissertação em Gestão de Recursos Humanos) Universidade de Lisboa. Consultado a 3 de agosto de 2016. Disponível em <https://www.iseg.ulisboa.pt/aquila/getFile.do?fileId=640683&method=getFile>
- Esteves, A.; Gomes, R. (2014). Stress, Avaliação Cognitiva e Adaptação ao Trabalho na Classe de Enfermagem. *Cadernos de Ciência e Saúde*, 4(1), 27-35. Consultado a 10 de maio de 2106. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/35010>
- EUROGIP, (2013). *What recognition for work-related mental disorders: a study of 10 European countries*, Paris. Consultado a 13 de junho de 2016. Disponível em: http://www.europeanforum.org/documents/24/eurogip_81en_recognition_wr_mental_disorders_europe.pdf.

- Fernandes, M., (2012). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros do Bloco da Unidade Local de Saúde de Matosinhos*. Faculdade de Economia da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Economia e Gestão dos Serviços de Saúde. Consultado a 25 de novembro de 2016. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/66312/2/13454.pdf>.
- Ferreira, M.; Ferreira, C. (2014). Carga mental e carga psíquica em profissionais de enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Spe. 1), 47-52.
- Fontes, A. (2011), *Satisfação Profissional dos Enfermeiros... Que Realidade? Serviço de Cuidados Intensivos Versus Serviço de Medicina*, Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Consultado a 25 de novembro de 2016. Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/20175>
- Fortin, M., (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência
- Françal, M. F.; Ferrarill, R.; Ferrarill, D. C.; Alves, E. D. (2012) Burnout e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.20 no.5 Ribeirão Preto Sept./Oct.
- Frasquilho, M., (2003). Saúde mental em trabalhadores da saúde: mal haver por bem querer. In Fórum Português de Medicina do Trabalho, 7, Culturgest. *Medicina do Trabalho*. Lisboa: CGD, 2003f
- Frasquilho, M., (2005). Medicina, Médicos e pessoas: compreender o stresse para prevenir o burnout. Artigo de Revisão. *Acta Med Port* 2005; 18: 433-444. Consultado a 16 de julho de 2016. Disponível em <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1067/735>
- Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, EUROFUND (2012). *Quinto Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo. Consultado a 06 de julho de 2016. Disponível em: <http://www.eurofound.europa.eu/surveys/ewcs/2010/>.
- Gomes, A. (2014). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* – 2014, Vol, 48, No. 1, pp.12 -141. Universidade do Minho, Portugal.
- Gomes, A., Melo, B., e Cruz, J., (2000). Stress Ocupacional em Profissionais de Saúde: um Estudo Comparativo entre Médicos e Enfermeiros, *Interamerican Journal of Psychology*, vol. 48, núm. 1, 2014, pp. 129-141. Sociedad Interamericana de Psicología, Austin, Organismo Internacional
- Gomes, A.; Silva, M. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros. *Estudos de Psicologia*, 14(3), setembro-dezembro/2009, 239-248-Jornal Article.
- Gomes, A.; Silva, M.; Mourisco, S.; Mota, A.; Montenegro, N. (2006). Problemas e desafios no exercício da actividade docente: um estudo sobre o stresse, burnout, saúde física e satisfação profissional em professores do 3º ciclo e ensino secundário. *Revista Portuguesa de Educação*, 19, 67-93.
- Graziani, P.; Swendsen, J. (2007). *O stress - Emoções e estratégias de adaptação*. Lisboa, 1ªed, Clempsi Editores.
- Guido, A. (2003). *Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica*. tese apresentada ao programa de Interunidades de Doutoramento em

- Enfermagem. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600022>
- Health and Safety Executive, HSE (2010/11). *Costs to Britain of workplace fatalities and self-reported injuries and ill health*. Data complemented through direct correspondence with the HSE). Consultado a 15 de junho de 2105. Disponível em www.hse.gov.uk/statistics/index.htm
- Hesbeen, W., (2000). *Cuidar no Hospital-Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Lusociência. Loures. ISBN: 972-8383-11-8.
- Hoel, H.; Sparks, K ; Cooper, C. (2001). *The Cost Of Violence/Stress At Work And The Benefits Of a Violence/Stress-Free Working Environment*- Report Commissioned by the International Labour Organization-(ILO). Geneva. University of Manchester Institute of Science and Technology Consultado em 4 de junho de 2016. Disponível em <http://www.adapttech.it/old/files/document/19785costofviolence.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística, INE (2016). *Dimensão média dos agregados domésticos privados*. Consultado 23 de julho de 2016, disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Dimens%C3%A3o+m%C3%A9dia+dos+agregados+dom%C3%A9sticos+privados+-511>.
- Kubler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos e enfermeiros, religiosos e aos próprios parentes*. (8ªed.). São Paulo.
- Lough, M.; Urden, L., Stacy, K. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos. Diagnóstico e Intervenção*, Lusodidacta, 5ª Edição pp. 3-39, Loures.
- Mcintyre, S.; Silvério, J.; Macintyre, T. (1999) Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Revista Análise Psicológica* [em linha], 3 (XVII): 513-527. Consultado a 30 junho de 2016. Disponível em www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870
- Malagris, L; Fiorito, A. (2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. *Estudos de Psicologia*. vol.23, no.4. Campinas.
- Martins, M.; Almeida, C. (2003). *Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu
- Martins, T.; Pais, R.; Garrett, C. (2003). Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, Vol. 4 (1).
- Melo, B.; Gomes, A.; Cruz, J. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-71.
- Morais, C. (2013). *O Nível de Stresse nos Enfermeiros dos Cuidados Continuados dos Distritos de Bragança e Vila Real*. Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde, para obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Continuados. Consultado a 22 de setembro de 2016. Disponível em <http://hdl.handle.net/10198/9209>.
- Nayeri, N.; Negarandeh, R. (2009). Conflict among Iranian hospital nurses: a qualitative study. *Human Resources for Health*, 7:25
- Narayan, L.; Menon, S.; Spector, P. (1999). Stress in the workplace: A comparison of gender and occupations. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 63-73.

- Neto, E.; Silva, V.; Saint'Clair, E. (2015). Fatores que Influenciam no Stresse Ocupacional dos Enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família. *Revista Científica Interdisciplinar*. Nº 2, volume 2, artigo nº 8, abril/junho 2015. Consultado a 22 de julho de 2106. Disponível em <http://dx.doi.org/10.17115/2358-8411/v2n2a8>
- Neves, P.; Pacheco, S. (2004). *Para uma ética da enfermagem – desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra
- Nogueira, C. (2010). *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia. ISBN 978-989-96606-0-1. p. 1494-1508.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- OECD (2013), *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing Consultado em 24 de junho de 2016. Disponível em http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
- Relatório Primavera (2014). *Saúde Síndrome de negação*. Observatório Português dos Sistemas De Saúde. Lisboa: s.n. Pordata.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enunciados Descritivos*. Consultado a 10 de janeiro de 2016. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à análise dos casos*. Consultado a 22 de junho de 2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Dados Estatísticos*. Consultado a 25 de setembro de 2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf
- Organização Mundial de Saúde - OMS, (2013). *Investing in Mental Health: evidence for action*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde - OMS, (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*, Geneva: World Health Organization.
- Padilha, S. (2002). A Qualidade da Assistência de Enfermagem e os Custos Hospitalares. *Rev Hosp Adm Saúde* 1990; São Paulo, 14(3): 128-33. Prentice-Hall.
- Pafaro, R.; Martino, M.; (2004). Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Rev Esc Enferm USP*; 38(2):152-60. Consultado a 12 de julho de 2016. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/41391/44970>
- Paschoal, T.; Tamayo, A. (2004) *Validação da Escala de Stresse no Trabalho*. Universidade de Brasília. Consultado a 22 de abril de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22380.pdf>.
- Payne, R.; Firth-Cozens, J. (1987). *Stress in health professionals*. New York: Wiley.
- Pereira, L, (2013). *Flexibilidade ou Precarização? Perspetivas sobre a satisfação com as condições de trabalho dos enfermeiros no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil*.

- Instituto Português Miguel Torga. Coimbra. Dissertação de Mestrado. Consultado a 24 de novembro de 2016. Disponível em <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/341>
- Pestana, M.; Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais A complementaridade do SPSS* (3ªed.). Edições Sílabo: Lisboa. Consultado a 20 de agosto de 2016. Disponível em http://www.silabo.pt/conteudos/7752_PDF.pdf
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-84-3.
- Pinto, A. M. (2000). *Burnout profissional em professores portugueses: representações sociais, incidência e preditores*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Pinto, A.; Lima, M.; Silva, A. (2005). Stress sources, burnout and coping among Portuguese teachers. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(½), 125-143.
- Pisco, L.; Biscaia, J. L (2008). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde*
- Rainho, M; Pimenta, G.; Antunes, M.; Monteiro, M. (2015). Validação da Escala de Stress Profissional em Enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (14), 48-54. <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0105>
- Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social. *Análise Psicológica*, n.º 3 (Julho/Agosto), p.547-558
- Ribeiro, L.; Fomes, A.; Silva, M. (2010). *Stress Ocupacional em profissionais de saúde: um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercer em contexto hospitalar*. Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho, consultado em 22 de junho de 2106. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10508/1/3-Atas-SO-M%c3%a9dicos%20e%20enfermeiros- Simp%c3%>
- Robazzil. M.; Mauroll, M.; Dalrilll, R. (2010). Excesso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Enfermaria*. 26. (1). 52-64. Consultado a 04 de outubro de 2016. http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_1_10/enf090110.pdf
- Rodrigues, V. Ferreira, A., (2011). *Fatores geradores de estresse em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva*. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original 19(4):[em linha] jul.-ago. 2011. Consultado a 24 de novembro de 2016. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_23.pdf
- Rossi, A. ; Perrewé, P. ; Meurs, J. ; (2011). *Stress e Qualidade de Vida no Trabalho: Stress Social-Enfrentamento e Prevenção*. Editora Atlas. São Paulo.
- Rosa, M., (2013). *Cuidar de enfermeiros- os enfermeiros como beneficiários dos cuidados*. Relatório do Trabalho de Projeto, Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. IPS - ESS - Escola Superior de Saúde. Consultado a 24 de novembro de 2016. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/4721>
- Sacadura-Leite, E.; Uva, A. (2007). *Stress relacionado com o Trabalho. Saúde & Trabalho*. Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Medicina do trabalho [Em Linha]. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do trabalho. Outubro, nº 6 (2007), p. 25-42. Consultado a 18 de junho de 2016. Disponível em:

http://www.ensp.unl.pt/ensp/corpo docente/websites_docentes/sousa_uva/stress_relacionado_com_o_trabalho_st-6.pdf.

- Sacadura-Leite, E.; Uva, A., (2012). *Factores Indutores de Stress em Profissionais de Saúde. Saúde & Trabalho*. Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Medicina [Em Linha]. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do trabalho. Novembro, nº 8, p.7-22. Consultado a 19 de junho de 2016. Disponível em: <http://www.spmtrabalho.com/downloads/st8/01.pdf>.
- Sacadura-Leite, E.; Uva, E. (2010). Stresse relacionado com o trabalho. *Cadernos Avulsos da Sociedade Portuguesa de Medicina no Trabalho*. Consultado a 13 de junho de 2016. Disponível em https://www.ensp.unl.pt/ensp/corpo docente/websites_docentes/sousa_uva/stress_relacionado_com_o_trabalho_st-6.pdf
- Santos, A.; Simões, A. (2012). Educação física e qualidade de vida: reflexões e perspectivas. *Saúde e Sociedade*, 21(1), 181-192
- Santos, M.; Teixeira, Z. (2009). O stresse profissional dos enfermeiros. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 368-378.
- Soares, J. (2007). *Satisfação Geral no Trabalho dos Enfermeiros. Clima Organizacional e Características Pessoais*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro. Consultado a 25 de novembro de 2016. Disponível em <http://hdl.handle.net/10773/3356>.
- Sousa, V.; Araújo, T. (2015). Stresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 900-915.
- Stacciarini J.; Tróccoli B. (2001). O stresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Revista Latino-americano de Enfermagem*. [online]. vol.9, n.2, pp.17-25. ISSN 1518-8345. Consultado a 22 de julho de 2016. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000200003>.
- Stora, J. (1990). *O stress*. RÉS- Editora. Porto
- Tappen, R. (2005). *Liderança e administração em enfermagem: conceitos e prática*. Loures: Lusociência
- Tomás, C., (2010). *Riscos Psicossociais e Clima Organizacional: Burnout nos Enfermeiros que cuidam de Toxicodependentes*. *Revista toxicodependências*. Edição idt. Volume 17. Numero 2. 2011. pp. 23-30. Consultado a 24 de novembro de 2016. Disponível em http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/531/artigo3_Vol17_n2.pdf.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Estratégia para o Desenvolvimento da RNCCI*. Serviço Nacional de Saúde. Lisboa.
- Vaz Serra, A. (2000). *Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS*. Consultado em 24 de junho de 2016. Disponível em <http://rihuc.huc.minsaude.pt/bitstream/10400.4/193/1/Construcao%20de%20uma%20escala%20para%20avaliar%20a%20vulnerabilidade%20>.
- Vaz Serra, A. (2007). *O Stres na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda
- Vaz Serra, A.. (2000). A vulnerabilidade ao Stress. *Psiquiatria clínica*, 21. (4). Pp. 261-278. Consultado a 12 de julho de 2016. Disponível em

<http://rihuc.huc.min.saude.pt/bitstream/10400.4/192/1/A%20vulnerabilidade%20ao%20stress.pdf>.

Vivar C., (2006) *Journal of Nursing Management* 14, 201–206 Putting conflict management into practice: a nursing case study. Consultado a 20 de setembro de 2016. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2934.2006.00554>

WHO (2006). *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems*. [Em linha]. Geneva : Consultado a 18 de julho de 2016. Disponível em <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>

APÊNDICES

1. Carta de Autorização para a Realização do Estudo

À Exma. Dra. Vera Romão,
Diretora Executiva da LAHGO,

Gláucia Pereira, Enfermeira, Mestranda do 24º Curso de Higiene e Segurança no Trabalho, da Escola Superior de Ciências Empresariais, do Instituto Politécnico de Setúbal, interessada na investigação sobre o Stresse na Profissão do Enfermeiro, vem por este meio pedir a Vª Ex.ª que se digne autorizar a realização de um Projeto na LAHGO-Continuados, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Higiene e Segurança no Trabalho, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria Odete Pereira.

O projeto de investigação, tem como tema “Stresse Ocupacional dos Enfermeiros numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados”.

São objetivos deste projeto:

- a) Identificar se a Equipa de Enfermagem, apresenta stresse ocupacional;
- b) Planear intervenções que promovam a saúde da Equipa de Enfermagem e prevenir o stresse ocupacional;
- c) Executar as intervenções planeadas;
- d) Avaliar as intervenções executadas.

Ao dar resposta a estas questões pretende-se contribuir para a promoção e manutenção da saúde dos enfermeiros, contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes desta organização.

Para este efeito pretende-se efetuar a colheita de dados através da aplicação de um questionário validado para o estudo em questão.

A confidencialidade dos dados serão assegurados e os participantes codificados no tratamento de dados por forma a manter o anonimato. A participação no estudo é voluntaria, mediante autorização expressa pelos profissionais.

Certo da atenção da Vª Exª manifesto desde já total disponibilidade para quaisquer esclarecimentos considerados necessários.

Atentamente;

Gláucia Pereira

Setúbal, 05 de abril de 2016.

2. Consentimento informado para colheita de dados

CONSENTIMENTO INFORMADO

Estou a realizar uma investigação que tem como objetivo principal estudar o stresse nos enfermeiros da Lahgo Continuados. Procura-se através desta, contribuir para um maior conhecimento e sensibilização quanto aos fatores que podem afetar a saúde física e psicológica destes profissionais.

Neste sentido, solicito a sua participação nesta investigação, concedendo-me o seu consentimento para que lhe seja aplicado um instrumento de avaliação, quanto as fontes de pressão existente no seu trabalho.

A sua participação é voluntária e os dados que fornecer serão estritamente confidenciais, sendo unicamente utilizados para os objetivos desta investigação. É também livre de abandonar o estudo, se for esse o seu desejo.

Eu _____ dou o

meu consentimento informado para participar nesta investigação, sabendo que a assinatura deste documento não interfere nos meus direitos legais.

Data: ____/____/____

Nome do Investigador: Gláucia Cândida Pereira

Orientadora da Investigação: Prof^ª. Doutora Maria Odete Pereira

Instituto Politécnico de Setúbal-Escola Superior de Ciências Empresariais

3. Questionário



“Estresse ocupacional dos Enfermeiros numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados”.

Questionário de Avaliação de Riscos Psicossociais
Fonte de Pressão no Trabalho

SÍNTESE

AVALIAÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS

Este questionário pretende conhecer o seu ponto de vista relativamente a diversos aspetos relacionados com os Riscos Psicossociais no Trabalho.

Não existem respostas certas ou erradas.

É necessário que responda a todas as questões indicadas.

Só poderá dar uma resposta para cada afirmação. Faça-o de forma espontânea e honesta, procurando demorar pouco tempo a assinalar cada resposta.

Lembre-se sempre que garantimos, em absoluto, o anonimato e a confidencialidade das suas respostas

Glaucia Pereira

Mestrado em Higiene e Segurança no Trabalho

FONTES DE PRESSÃO NO TRABALHO

Os itens abaixo são fontes potenciais de pressão. **Solicitamos que escreva à frente de cada afirmação o número que melhor caracteriza os seus sentimentos, com base na sua própria realidade de trabalho, de acordo com a seguinte escala de respostas:**

	1	2	3	4	5	6	7
	Não me pressiona nada					é uma fonte muito forte de pressão	
1. Ter uma excessiva carga de trabalho.							
2. Ter um ritmo de trabalho intenso							
3. Ter que trabalhar muitas horas seguidas.							
4. Trabalhar em turnos seguidos.							
5. Realização de múltiplas tarefas.							
6. Acumulação de tarefas.							
7. Trabalho repetitivo.							
8. Trabalho por turnos.							
9. Horários de trabalho que não respeitam o ritmo biológico.							
10. Horas insuficientes de repouso após o trabalho.							
11. Trabalhar em vários locais para melhorar o salário							
12. Limites apertados de tempo para a realização das tarefas							
13. Tomar decisões no trabalho que envolvem situações complexas							
14. Restrição de recursos e materiais para executar corretamente as funções.							
15. Não existência de pausas regulares durante o trabalho							
16. Ter de estar sempre disponível para atender as pessoas.							
17. Contacto com o sofrimento de pessoas doentes.							
18. Manifestação de dor dos doentes.							
19. Morte de doentes							
20. Não conseguir desligar-me do trabalho, mesmo estando em casa.							
21. Atitude negativa do cônjuge (ou familiares) face às exigências da minha função.							
22. Dificuldade de conciliar a vida pessoal com a vida profissional							
23. Restrições no convívio familiar em virtude da sobreocupação profissional.							
24. Falta de apoio por parte de colegas.							
25. Falta de espírito de equipa entre colegas							
26. Discriminação e favoritismos encobertos.							
27. Conflito com colegas							

28. Conflito com chefias	
29. Conflitos com utentes	
30. Conflitos com familiares	
31. O "clima" de trabalho que percebo na organização.	
32. Sensação de isolamento.	
33. Falta de encorajamento por parte dos meus superiores.	
34. Cobranças e implicações sobre erros cometidos por mim.	
35. Não ser valorizado pelo trabalho que executo.	
36. Ausência de controlo sobre a planificação das tarefas	
37. Imprecisões ou contradições nas ordens a cumprir	
38. Falta de "feedback" (avaliação) sobre o meu trabalho.	
39. Dificuldade em aumentar a quantidade e qualidade do trabalho	
40. Perspetivas de promoção indefinidas.	
41. Vínculos profissionais precários.	
42. Falta de possibilidades de avanço na carreira.	
43. Ausência de apoio emocional fora do trabalho.	
44. Baixo nível salarial.	
45. Perceção de desvalorização da minha classe profissional face a outras.	
46. Repercussões que o meu trabalho tem sobre minha vida privada e social.	
47. Algumas características de estrutura da organização na qual trabalho.	
48. Pouca capacidade de decisão sobre o modo como está organizado o trabalho	
49. Existência de fatores fora do meu controle.	
50. Ausência de independência e liberdade quanto à execução do meu trabalho.	

Dados Sócio - Demográficos:

Por favor preencha agora os seguintes de dados, de modo a permitir-nos caracterizar esta empresa. Por exemplo: A Idade influencia o modo como é sentida o estresse na empresa? E a profissão? E o facto de já ter vivido, ou não, um acidente no trabalho?

Mais uma vez, lembramos que garantimos, em absoluto, o anonimato e a confidencialidade das suas respostas.

1-Sexo: _____ 2- Idade: _____ 3- Estado civil: _____ 4 -Nº de Pessoas Agregado Familiar: _____
5 -Nº de horas mensais trabalhadas nesta organização: _____ 6- tem emprego duplo: _____ 7-. Há quanto tempo trabalha na atual função? _____ 8- tem hábitos tabágicos? _____ 9- já sofreu acidente de trabalho nesta instituição: _____
9- Já teve formação em serviço nesta instituição: _____
10 Como considera seu ambiente de trabalho (0 =muito incomodativo e 5= nada incomodativo)
Ruido _____ Iluminação _____ ambiente térmico _____

Obrigado pela sua colaboração!

4.Cronograma

ANEXO

Anexo 1-Organograma da LAHGO

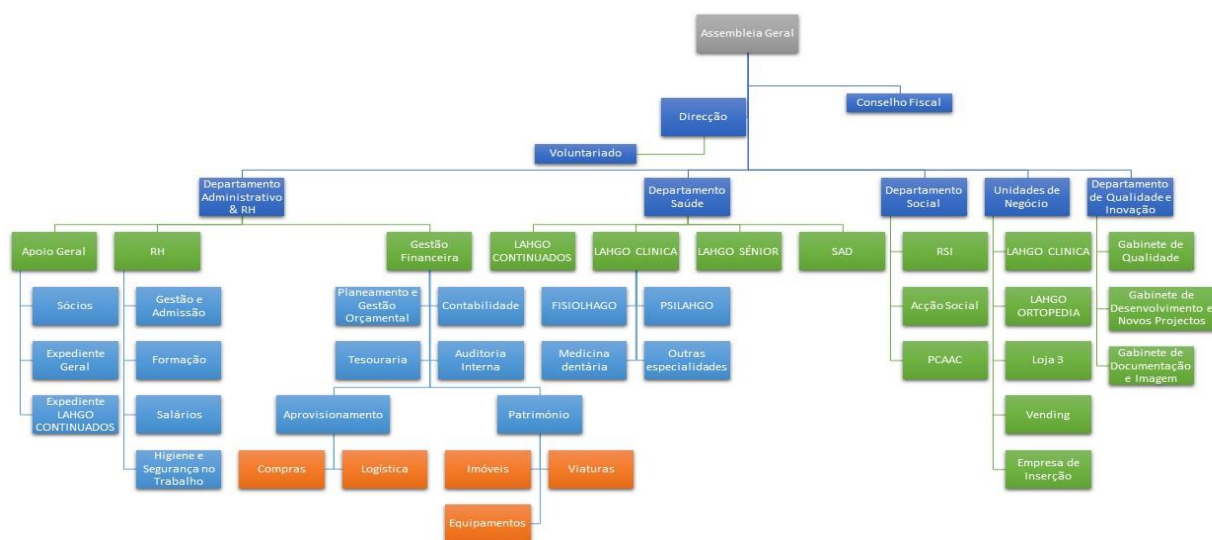


Figura 1-Organograma da Liga de Amigos do Hospital Garcia de Orta.

Disponível em <http://www.lahgo.org/wp-content/uploads/2014/08/ORGANOGRAMA-GERAL-2014.jpg>